244

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 avril 1905, à 1 heure

PAR

Pierre REINBURG

Externe des hôpitaux de Paris
Et de la clinique Baudelocque
Médaille de bronze de l'Assistance Publique.

LES ACCÈS DITS ÉCLAMPTIQUES

Etude statistique générale et Traitement d'après les documents de la Clinique Baudelocque du 1er Janvier 1890 au 31 Décembre 1904

Président : M. PINARD, *Professeur.*

Juges MM. BRISSAUD, *Professeur.*
ROGER, *Professeur.*
LEPAGE, *Agrégé.*

Le Candidat repondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	PUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER. BERGER
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.	MM	MM	MM
AUVRAY	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.
BRINDEAU	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André	GUIART.	MARION.	THIROLOIX
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DEGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Qui, par son dévouement de tous les instants, m'a permis
de faire mes études
Ce témoignage de ma reconnaissance
et de mon respect filial

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET MAÎTRE RESPECTÉ

M. LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique Obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. Le Docteur Arrou (La Charité), 1897-1898 ;

Les Drs Peyrot et Souligoux (Lariboisière), 1899-1900 ;

Le Pr Hutinel (Hospice des Enfants Assistés), 1900-1901 ;

Le Docteur Albert Robin (La Pitié), 1901-1902 ;

Le Docteur Merklen (Laënnec), 1902-1903 ;

Le Docteur Macaigne (Saint-Antoine), 1903 ;

Le Pr Pinard (Clinique Baudelocque), 1903-1904 ;

Le Docteur Brocq (Hôpital Broca), 1904-1905.

A MES AMIS

INTRODUCTION

Depuis plus de quinze ans, la pathogénie des affections de l'état puerpéral a été complètement modifiée à la suite des théories nouvelles que le Professeur Pinard et son Ecole ont exposées : il a été démontré que la grossesse pouvait être pour la femme une cause d'intoxication et on a pensé que cette *auto-intoxication* était à l'origine de la presque universalité des troubles de la grossesse, qu'elle pouvait avoir son retentissement sur tel ou tel appareil prédisposé antérieurement.

L'étiologie des affections si diverses qui venaient compliquer la grossesse est dès lors apparue sous un jour nouveau : l'*éclampsie*, entité morbide des anciens auteurs, affection bien définie, apparaissant chez les femmes en état de puerpéralité, a disparu pour n'être plus que l'une des complications de l'auto-intoxication. Et peu à peu, il en a été de même de toutes les autres maladies des femmes enceintes.

Récemment encore, il nous était donné d'entendre le Professeur Pinard mettre les affections cutanées des femmes enceintes parmi les manifestations de l'auto-intoxication et ranger sous le nom de *dermatoses auto-*

toxiques, l'herpès gestationis des anciens auteurs, les érythèmes polymorphes récidivants des modernes.

Sur les conseils de notre Maître, nous nous sommes attaché, dans cette thèse, à l'étude de l'une des manifestations de l'auto-intoxication et de l'une des plus graves : les *accès dits éclamptiques*.

Nous avons commencé notre thèse par une *étude sommaire de la nature des accès dits éclamptiques* et par un aperçu général de la théorie de l'auto-intoxication gravidique.

La seconde partie comprendra la *statistique générale* de toutes les femmes qui, depuis la fondation de la clinique Baudelocque jusqu'au 1er janvier 1905, ont présenté, à une époque quelconque de leur état puerpéral, un ou plusieurs accès d'éclampsie.

Enfin, nous terminerons par l'*exposé du traitement* en vigueur à la clinique Baudelocque en présence d'accès convulsifs et par l'examen des résultats qu'il a donnés tant au point de vue maternel qu'au point de vue fœtal.

Mais avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis d'assurer de notre reconnaissance ceux qui nous ont dirigé dans nos Etudes médicales ou aidé de leurs conseils.

Que M. le Professeur Pinard veuille bien trouver ici un hommage public de notre respect et de notre reconnaissance Nous n'oublierons jamais le dévouement dont il a fait preuve près des nôtres, en de si nombreuses circonstances. Pour nous personnellement, nous lui devons de nous avoir facilité l'accès de la Faculté de Médecine. Plus tard, il a bien voulu nous admettre au nombre de

ses externes, et enfin, il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, couronnant ainsi des études commencées sous ses auspices et pendant lesquelles il n'avait cessé de nous prodiguer les encouragements et les conseils.

M. le Docteur Arrou nous a initié comme bénévole, au diagnostic chirurgical et aux opérations de petite chirurgie d'urgence à la consultation de l'hôpital de la Charité. Nous espérons qu'il voudra bien accepter l'hommage de notre profonde gratitude.

C'est dans le service de M. le Docteur Peyrot, à l'hôpital Lariboisière que nous avons complété notre éducation chirurgicale et nous avons été à même d'apprécier sa grande science : qu'il veuille donc, ainsi que son assistant M. le Docteur Souligoux trouver ici l'assurance de notre reconnaissance.

M. le Professeur Hutinel en nous admettant au nombre de ses externes. dans son service de l'Hospice des Enfants Assistés et en nous permettant ainsi d'étudier la pathologie infantile, nous a fait un honneur que nous sommes heureux de pouvoir apprécier aujourd'hui.

Nous avons contracté une dette spéciale de reconnaissance envers M. Albert Robin, qui voulut bien nous accepter comme externe dans son service de la Pitié et nous initia aux ressources de la thérapeutique. Récemment M. Albert Robin, en nous faisant l'honneur de nous nommer parmi les médecins du Dispensaire antituberculeux J. Siegfried et A. Robin qu'il a fondé à l'hôpital Beaujon, nous a donné une marque de confiance que

nous apprécions à sa haute valeur et dont nous essaierons de nous rendre digne.

Nous n'oublierons pas l'enseignement clinique que M. le Docteur Merklen nous a donné pendant notre année d'externat dans son service de l'hôpital Laennec et nous le prions de vouloir bien accepter l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous sommes redevable à M. le Docteur Macaigne, d'abord de l'éducation médicale qu'il nous donna à l'hôpital Saint-Antoine, ensuite, de l'enseignement bactériologique que nous reçumes de lui à son laboratoire de l'Amphithéâtre des Hôpitaux.

Nous avons étudié les affections cutanées près de M. le Docteur Brocq, à l'hôpital Broca. Nous n'oublierons pas son enseignemcnt si fécond et si pratique et nous n'avons qu'un regret : celui de n'avoir pu rester son élève aussi longtemps que nous l'aurions désiré.

Le Docteur Sauvage, chef de clinique obstétricale de la Faculté nous a aidé de ses conseils pendant l'étude de cette thèse et notre séjour à la clinique Baudelocque : qn'il veuille bien recevoir tous nos remerciements et l'assurance de notre sincère amitié.

Nous en dirons autant à MM. les Docteurs Couvelaire, Delestre, Mouchotte, Le Masson et nous espérons qu'ils voudront bien nous conserver leur amitié et leurs conseils.

Enfin, à tous nos amis, à tous ceux qui de près ou de loin se sont intéressés à nos études, nous ont conseillé et dirigé, nous exprimons ici toute notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

DE LA NATURE DES ACCÈS DITS ÉCLAMPTIQUES

La présence de l'albumine ayant été constatée d'une façon presque constante dans les urines des femmes éclamptiques, il était naturel de rattacher les accès convulsifs à une maladie des reins : et c'est de là que prit naissance la théorie de l'*urémie,* dont Tarnier se fit le défenseur et dont, en 1867, il donnait le résumé. Mais on ne tarda pas à démontrer que le problème est plus complexe et que l'urémie n'est pas suffisante pour expliquer tous les phénomènes constatés. Schiff, Bouchard, Roger, Charrin prouvent que dans les toxhémies ayant pour origine soit une infection, soit une auto-intoxication, le rein a un rôle important, mais un peu passif, et alors apparaît l'action prépondérante du foie.

« Il est des produits excrémentitiels imparfaits qui résultent d'une élaboration insuffisante du foie et beaucoup d'autres substances toxiques dont je ne connais ni le nom. ni la constitution, mais dont j'ai démontré physiologiquement la présence dans les urines. Toutes ces matières sont capables de produire des intoxications parmi lesquelles nous citerons l'*Eclampsie* » (Bouchard).

Bouffe de Saint-Blaise, Bar, etc., démontrent que dans l'éclampsie *les lésions hépatiques sont constantes*, tandis que *les lésions rénales sont inconstantes* et, par suite, que *la lésion de la cellule hépatique est la caractéristique de l'éclampsie* ; elle seule donne la preuve que les accès convulsifs observés pendant la vie méritaient vraiment le nom d'éclamptiques.

Après les remarquables expériences de Bouchard, il fut démontré que l'on pouvait reproduire expérimentalement de la salivation, des vomissements, etc., et l'on se demanda si les accidents que Soranus d'Ephèse (1) décrivait sous le nom de *pica* n'étaient pas dûs à une insuffisance hépatique pendant la grossesse.

Les signes de l'insuffisance hépatique recherchés et si bien décrits depuis quelques années présentaient, en effet, avec les symptômes observés pendant la grossesse, la plus grande analogie, sinon la plus parfaite similitude (Pinard).

Et c'est ainsi que, vers 1891, prit naissance, à propos des accès éclamptiques, la théorie de l'*hépato-toxhémie gravidique*, dont le professeur Pinard fit une théorie générale pour la pathologie de la grossesse, lui attribuant comme manifestations précoces les vomissements, les troubles dyspeptiques, le ptyalisme, les démangeaisons, l'albuminurie, etc., et pour manifestations ultimes les vomissements dits incoercibles et les accès convulsifs dits éclamptiques.

Mais, ainsi que le disait M. le professeur Pinard, dans sa leçon inaugurale de l'année 1900 : « Bien que les recher-

(1) *Soranus d'Ephèse*. Traduction Hergott.

ches anatomo-pathologiques récentes aient toujours permis de constater des lésions du foie chez les femmes soi-disant mortes d'éclampsie, il n'est permis, jusqu'au jour où cliniquement on aura décelé la présence de ces toxines, démontré leur origine hépatique et leur action, donné les moyens de les reconnaître facilement en clinique et trouvé les antitoxines, il n'est permis, dis-je, de considérer cette conception autrement que comme une hypothèse.

Jusque là, nous devons nous en tenir au fait qui, presque de nature empirique, doit être considéré comme une grande conquête, à savoir que le régime lacté absolu chez les femmes enceintes albuminuriques empêche presque toujours la production d'accès éclamptiques ».

Hypothèse, soit ; mais hypothèse bien tentante et que l'observation clinique et l'expérimentation vérifient tous les jours, et de plus en plus, *l'insuffisance hépatique* apparaît comme la cause unique, dans la presqu'universalité des cas, de quelques phénomènes morbides de la grossesse. Mais cette intoxication peut présenter des formes bien différentes ; suivant qu'un poison ou l'autre prédomine, ou suivant que l'organisme intoxiqué fournit un lieu de moindre résistance par hérédité maladive antérieure par disposition morbide quelconque (Bouffe de Saint-Blaise) ; on aura les vomissements dits incoercibles ou les troubles dyspeptiques, les accès convulsifs ou les dermatoses auto-toxiques (Pinard) (1).

Quoi qu'il en soit, on admet aujourd'hui que *les accès éclamptiques sont sous la dépendance d'une auto-intoxi-*

(1) Leçon clinique de février 1905.

cation et font partie d'un ensemble de phénomènes qui peuvent être attribués à l'insuffisance hépatique (Bouffe de Saint-Blaise), à une forme d'insuffisance hépatique, dirons-nous, car les accès éclamptiques ne se reproduisent pas constamment avec le même tableau symptomatique ; et suivant que l'intoxication est plus ou moins complexe ou sans doute, suivant la composition ou l'abondance des poisons retenus, on voit des malades avec une température élevée ou abaissée ou normale, avec de l'ictère ou non, avec ou non des modifications du pouls.

L'état du parenchyme hépatique, dont les lésions furent bien mises en relief par Bouffe de Saint-Blaise dans sa thèse inaugurale, est d'une importance capitale ; ce qui le prouve, ce sont ces cas d'éclampsie avec ictère, où l'ictère est sous la dépendance de l'état de destruction du parenchyme et où la toxémie produite par la présence de la bile dans le sang vient s'ajouter à la toxémie générale.

Mais si le *foie* doit être considéré comme l'organe dont le mauvais fonctionnement détermine la toxémie gravidique, l'état du *rein*, sans avoir autant d'importance n'est cependant pas à négliger. « Il favorise et complète la rétention s'il est malade primitivement et cause une hépatotoxhémie secondaire, ce qui est rare. Si au contraire il devient malade consécutivement à l'insuffisance hépatique, ou si par sa fonction et sa nature intime il est impuissant vis-à-vis de certains poisons, quoique sain, c'est alors le foie qui a le rôle prépondérant.

Ce qui le prouverait, ce sont ces cas, du reste très rares, d'éclampsie sans albuminurie, ni mal de Bright, la guérison rapide de l'albuminurie indiquant qu'il n'y a pas de

lésion rénale, la fréquence de l'ictère post-éclamptique, la ressemblance des accès éclamptiques avec les accidents nerveux de l'ictère grave » (Bouffe de Saint-Blaise).

Le *terrain* joue un rôle très important dans la production des accès dits éclamptiques : toute femme auto-intoxiquée ne doit pas fatalement devenir éclamptique. Il existe certaines prédispositions, certaines tares héréditaires ou non dont l'influence est incontestable sur l'apparition des accès convulsifs. C'est ainsi que le rôle du système nerveux est indéniable et que de même que l'on a pu parler des prédispositions spéciales que créait un foie déjà touché par une affection antérieure, ce que l'on a appelé *l'hépatisme* de même on pourra invoquer l'influence d'un état particulier, du système nerveux, une aptitude spéciale à se laisser toucher par les toxines, ce que l'on pourrait peut-être nommer le *nervosisme* par analogie avec l'hépatisme.

La *symptomatologie* de l'insuffisance hépatique étant à peu près la même que celle de l'auto-intoxication gravidique, il importe de bien la connaître, afin d'arriver à faire un diagnostic précoce ; moins longtemps le foie aura été malade, moins l'organisme sera intoxiqué, et moins on aura de chances d'avoir de lésions définitives du rein ou de voir survenir ces complications si graves de l'auto-intoxication : les accès convulsifs.

La recherche de l'*albumine* a été longtemps, et nous devrions dire est encore en clinique, le seul moyen de diagnostic. Cependant, la pathologie hépatique mieux

comprise, les recherches urinaires plus complètes nous permettent aujourd'hui de faire un *diagnostic précoce* de l'auto-intoxication gravidique et cela avant l'apparition de l'albumine, celle-ci étant symptomatique d'une lésion déjà bien établie et par conséquent moins facilement curable.

On devra surveiller tout particulièrement les femmes qui, au cours de la grossesse, présentent des troubles dits sympathiques, et cela, surtout si l'interrogatoire nous apprend quelque hérédité hépatique ou nerveuse ou un simple ictère catarrhal (B. de St-Blaise).

L'examen des urines, pratiqué *systématiquement*, nous renseignera d'une façon très utile à une époque ou l'albumine n'est pas encore apparue.

Le taux de l'urée sera généralement diminué (Chauffard) tandis que l'acide urique sera en proportions plus grandes. C'est à cet état qu'Hanot donnait le nom de « préhépatisme » indiquant par là que le malade était sur le point d'avoir une lésion sérieuse du foie, de devenir un hépatique. Des éléments étrangers apparaissent : la leucine, la xantine et d'autres matières extractives.

L'urobilinurie, l'uricémie, l'indoxylurie, s'observent indiquant la lésion de la cellule hépatique, et la glycosurie alimentaire se produisant facilement vient démontrer le mauvais fonctionnement du foie, car un foie incapable de fixer le sucre est en même temps incapable d'arrêter les poisons. Du reste la toxicité des urines augmente et il en est de même de celle du sérum : l'organisme est déjà intoxiqué. Et c'est alors que l'albumine apparaît, tardivement, car l'insuffisance hépatique est déjà nettement établie.

Citons en passant ce procédé de Roger pour reconnaître l'insuffisance hépatique. Si l'on injecte de l'acide sulfhydrique dans le rectum d'un individu à foie normal et qu'on place dans sa bouche un papier imprégné d'une solution d'un sel de plomb, le papier reste blanc ; mais dès que le foie est insuffisant, le poison n'est plus retenu et l'acide sulfhydrique vient noircir le papier plombique (B. de St-Blaise).

A ces recherches urinaires, se joindra l'analyse des autres symptômes de l'insuffisance hépatique : on étudiera donc les troubles dyspeptiques et les vomissements, les troubles nerveux légers : changement de caractère, irritabilité, céphalée, etc. ; le prurit généralisé, le ptyalisme, les œdèmes non albuminuriques, les névrites toxiques, l'ictère et la colique hépatique, les troubles de la peau, ce que le professeur Pinard appelle maintemant les dermatoses autotoxiques, et enfin l'albuminurie gravidique, pour finir par les vomissements dits incoercibles et les accès convulsifs dits éclamptiques qui sont les ultimes manifestations de l'auto-intoxication.

Queirel et G. Reynaud (de Marseille) sont venus éclairer d'un jour nouveau l'étude de l'auto-intoxication gravidique en publiant le résultat de leur travaux sur les modifications que subit la tension artérielle au cours de la grossesse normale et de la grossesse pathologique.

Tandis que dans la grossesse normale, la tension artérielle tombe à partir du huitième mois de 15-16 à 13-12, au contraire *dans l'albuminurie gravidique, cette tension s'élève et dépasse la normale*. Cette *hypertension* avait

déjà été constatée par Ballantyne, Vinay, Vaquez et Nobécourt, Baranger, Saratoff, etc., et cela d'une manière constante.

Pour le professeur Pinard, cette hypertension est de règle si absolue chez les albuminuriques, que du seul fait de la constatation de l'hypertension, il établit le diagnostic d'albuminurie.

Il faut cependant remarquer que si les courbes de la pression sanguine et de la quantité d'albumine suivent une marche parallèle, ce rapport ne se manifeste que lorsque l'albumine s'élève et se maintient au-dessus de un gramme.

Si les phénomènes toxémiques s'aggravent, si l'éclampsie devient imminente, l'étude attentive de la tension artérielle peut nous avertir : une augmentation précoce de la tension sanguine est en effet le résultat d'une intoxication plus grande. Et comme dans l'urémie elle reconnaît pour cause une excitation des voies constrictives par auto-intoxication (Queirel).

Pendant les accès éclamptiques, cette élévation atteint son maximum, 22 à 25 au cours de la période convulsive pour s'abaisser légèrement entre les crises sans jamais revenir à la normale tant que la disparition des symptômes alarmants n'est pas définitive. (Queirel.)

Cette constatation est d'une importance capitale, au point de vue du pronostic des accès dits éclamptiques, et de l'indication du moment où il sera permis de cesser le traitement des accès.

Quant au traitement lui-même, Queirel et Reynaud nous donnent de précieux renseignements sur l'action

des différentes thérapeutiques et nous guident scientifiquement dans le choix que nous devons faire.

C'est ainsi qu'ils ont constaté un abaissement marqué de la pression artérielle sous l'influence du chloroforme et du chloral ; c'est aussi, d'après leurs recherches, que l'on se trouve amené à rejeter les injections d'eau salée, celle-ci ayant pour effet d'élever la tension artérielle déjà si forte. Nous aurons du reste l'occasion d'y revenir quand nous nous occuperons du « Traitement des accès dits éclamptiques ».

En résumé, l'étude de la tension artérielle au cours de puerpéralité, et notamment au cours de l'auto-intoxication gravidique et de ses manifestations, présente une valeur importante, non seulement par les moyens qu'elle nous fournit d'établir un diagnostic précoce (et nous savons que c'est le but vers lequel il faut tendre) mais aussi par les indications précieuses qu'elle nous donne pour le pronostic et le choix du traitement.

CHAPITRE II

ETUDE SOMMAIRE ET STATISTIQUE GÉNÉRALE DE L'ÉCLAMPSIE

Statistiques nouvelles.

Définition. — Nous définirons les accès éclamptiques: des *accès convulsifs à type clinique bien caractérisé, apparaissant comme une manifestation de l'hépato-toxhémie au cours de la puerpéralité.*

Fréquence. — De nombreuses statistiques ont été faites dans le but de déterminer la fréquence de l'éclampsie. Voici les principales :

	Accouchements.	Cas d'éclampsie.
Mme Lachapelle trouve sur...	38.000	31
Merriman — ...	10.000	48
Lohlein — ...	52.325	315
Pacoud — ..	11.203	47
Varnier — ...	10.315	53
Pinard — ... (Hôpital Lariboisière)	19.313	33
Germont — ... (Clinique Baudelocque) 1890-1893.	4.843	16

La *moyenne* de ces différentes statistiques donne le chiffre de *1 éclamptique sur 200 accouchées.*

Maury, dans sa thèse, trouve à la Maternité de Lariboisière de 1900 à 1902 le chiffre de 43 éclamptiques sur 7065 accouchements, soit une moyenne de 0.608 0/0.

Nous avons recherché quelle était la moyenne fournie par la *statistique de la clinique Baudeloque de 1890 (1er janvier) à 1903 (1er janvier)* et nous sommes arrivé aux résultats suivants :

Accouchements (avortements non compris).....	26.511
Eclamptiques	90

Moyenne. 34 p. 10.000 ou **0.34 0/0.**

Ce qui correspond à *une éclamptique pour 294 accouchées.*

Dans ce chiffre sont comprises les femmes ayant eu des accès pendant la grossesse et le travail ou après l'accouchement.

Cette proportion diminue du reste d'année en année et diminuera certainement à mesure que les accoucheurs et les sages-femmes sauront qu'il faut de parti pris et tous les quinze jours pendant les trois derniers mois analyser les urines de leurs clientes et instituer le régime lacté chez toutes celles qui présenteront de l'albuminurie » Varnier).

C'est cette méthode qui est suivie à la clinique Baudelocque depuis de longues années ; aussi les femmes albuminuriques ayant séjourné au dortoir des femmes enceintes assez longtemps avant l'accouchement pour que le

traitement ait pu être institué et avoir une influence, n'ont-elles presque jamais présenté d'accès éclamptiques.

Toutes les éclamptiques observées à Baudelocque sont toujours entrées, les unes avec les symptômes précurseurs, en imminence d'éclampsie, les autres après un ou plusieurs accès en ville, quelques unes enfin en plein coma : presqu'aucune n'avait été traitée pendant sa grossesse comme albuminurique ou n'avait suivi qu'un traitement trop court et insuffisant.

A ce sujet, il est intéressant de voir comme d'année en année, le *pourcentage des Eclamptiques observées à la Clinique tend à s'abaisser*. Et cependant, ne l'oublions pas, la clinique Baudelocque reçoit nombre d'éclamptiques qui n'y sont envoyées que pour cette raison et ne font pas partie de la *clientèle* ordinaire de la clinique.

En 1890	1211	accouchements	5	éclamptiques	0.47 0/0
1891	1620	—	3	—	0.18 0/0
1892	1791	—	8	—	0.44
1893	1872	—	10	—	0.53
1894	2093	—	9	—	0.43
1895	2040	—	5	—	0.24
1896	2235	—	13	—	0.58
1897	2261	—	5	—	0.22
1898	2244	—	9	—	0.40
1899	2437	—	6	—	0.24
1900	2373	—	4	—	0.16
1901	2164	—	6	—	0.28
1902	1921	—	6	—	0.20

Dans ce tableau, on peut voir que de 1890 à 1896 le pourcentage des éclamptiques est très supérieur à la moyenne (0.34) sauf en 1891 et 1895 ; au contraire, de 1867 à 1902 le chiffre des éclamptiques s'abaisse notablement et ne dépasse la moyenne qu'une seule fois en 1898.

En résumé, de 1890 à 1896, la fréquence de l'éclampsie est très supérieure à ce qu'elle est dans les années allant de 1897 à 1902 et si l'on cherche le chiffre de fréquence moyenne pour ces dernières années on arrive au chiffre de 0.25 0/0 qui est celui de la fréquence que l'on tend à observer actuellement à la clinique Baudelocque.

On pourra objecter que c'est là une des manifestations de la loi bien connue des séries. Nous croyons plutôt qu'il faut voir ici le résultat d'une instruction meilleure des médecins et sages-femmes, une connaissance plus approfondie de l'hépatotoxémie et surtout le *résultat des consultations de femmes enceintes.*

Les MULTIPARES *sont-elles plus fréquemment éclamptiques que les* PRIMIPARES.

Pour répondre à cette question, nous avons, au cours de nos recherches, dressé la statistique observée à la clinique Baudelocque et nous sommes arrivé à ce résultat :

Eclamptiques.....	104
Primipares.....	72
Multipares.....	32

Soit : *69 primipares sur 100 éclamptiques.*
31 multipares sur 100 éclamptiques.

Début. — *A quel moment débute l'éclampsie ?*

Il est très rare qu'elle débute avant le sixième mois. On n'en observe que 2 cas sur 100.

Quant à savoir si elle est plus fréquente pendant la grossesse, pendant le travail, ou pendant les suites de couches, c'est assez difficile. Les auteurs ne s'accordent pas sur ce point :

Pour *Cazeaux*, l'ordre de fréquence est le suivant : travail, post-partum, grossesse.

Pour *Brummerstadt* : travail, grossesse, post-partum.

Bailly : grossesse, travail, post-partum.

Varnier, ayant dressé la statistique de la Maternité de Lariboisière, arrive aux résultats suivants qui concernent les années 1885 à 1888 :

Eclamptiques : 50.

Pendant la grossesse. . . .	27	soit 54 0/0.
Pendant le travail.	15	soit 30 —
Après l'accouchement. . . .	8	soit 16 —

La statistique de *Germont* concorde avec celle de Varnier quant à l'ordre de fréquence :

Eclamptiques : 16.

Pendant la grossesse	8
Pendant le travail	5
Après l'accouchement . . .	3

Cette différence entre ces statistiques et celles d'autres auteurs (Cazeaux, Brummerstadt) tient à ce qu'ils ont le tort de considérer comme ayant eu des accès pendant le travail, les femmes chez lesquelles le travail s'est déclaré prématurément au cours de crises éclamptiques.

M. le professeur Pinard considère dans ce cas le travail et par suite l'accouchement prématuré, non comme la cause, mais comme la conséquence de l'auto-intoxication et des foyers hémorrhagiques placentaires.

Notre statistique nous donne les résultats suivants (du 1er janvier 1890 au 31 décembre 1904) :

A. Primipares : 72.

Eclamptiques pendant la grossesse. .	29	soit 40 0/0.
— pendant le travail . . .	29	soit 40 —
— après l'accouchement .	14	soit 19 —

B. Multipares : 32.

Eclamptiques pendant la grosssesse .	19	soit 59 0/0.
— pendant le travail. . . .	6	soit 19 —
— après l'accouchement. .	7	soit 21 —

C. Si nous faisons la *statistique globale*, nous trouvons :

Eclamptiques ; 104.

Pendant la grossesse.	48	soit 49,5 0/0.
Pendant le travail	35	soit 29,5 —
Après l'accouchement . . .	21	soit 20 —

Cette statistique concorde bien avec celles de Varnier et Germont quant à l'ordre de fréquence.

Au cours de la grossesse, vers quel mois l'éclampsie est-elle le plus fréquemment observée ?

Nous l'avons dit, il est rare de voir un accès avant le sixième mois.

Tarnier, sur 52 femmes éclamptiques, n'en trouvait qu'une enceinte de 5 mois.

Le professeur *Pinard*, sur 50, en trouve une enceinte de 4 mois 1/2.

Du sixième au neuvième mois, les statistiques concordent à peu près et donnent les résultats suivants :

	Tarnier	Pinard
6 mois.	5	2
7 mois.	5	5
8 mois.	14	10
8 mois 1/2 . . .	5	»
Terme.	16	»
Post partum . .	7	8

Chez la femme en travail, à quel moment l'accès se produit-il ?

Pour *Tyler Smith*, ce serait surtout à la période d'expulsion.

Pour le professeur *Pinard*, au contraire, dans 13 cas sur 15, c'est à la période de dilatation qu'il apparaît le plus souvent.

Enfin, quelles sont les prédispositions spéciales de l'éclampsie ?

Olshausen trouve que l'albuminurie prédispose à l'éclampsie, d'accord avec tous les auteurs, et, sur 168 éclamptiques, il n'en trouve qu'une n'ayant pas présenté d'albumine.

Le même auteur voit également une prédisposition dans les grossesses gémellaires, c'est ainsi qu'il observe 5 grossesses doubles sur 200 éclamptiques.

N'oublions pas l'influence très grande du froid, et des

intoxications alimentaires. Dans nombre de nos observations on pourra constater que ces influences n'avaient pas été étrangères au début des accès.

Etude clinique de l'accès. — Comment cliniquement se manifeste l'éclampsie ? Le plus souvent pour que l'éclampsie survienne il faut que l'albuminurie dure déjà depuis un certain temps.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et l'accès éclamptique peut survenir brusquement, sans qu'aucune trace d'albumine ait pu conseiller à l'accoucheur de se tenir sur ses gardes : nous renvoyons à ce propos le lecteur aux observations concernant des femmes qui depuis longtemps dans le service, n'avaient à aucun moment de leur séjour présenté d'albumine dans leurs urines et qui furent prises d'éclampsie subitement au cours du travail. Alors seulement, on put constater de l'albumine dans l'urine, albumine dont l'apparition avait dû coïncider avec celle de l'accès éclamptique. (V. p. 88. Obs. XVI, XVII.)

Chez d'autres enfin, ni avant, ni après l'accouchement, on ne put constater d'albumine dans les urines. Ce sont là des cas fort rares à la vérité, mais absolument authentiques et ce sont ces cas là qui continueront à fournir des éclamptiques, lorsque auront disparu toutes celles qui sont justiciables d'un traitement préventif.

L'accès d'éclampsie chez une femme albuminurique peut survenir brusquement et sans prodromes, sans aucun signe prémonitoire : c'est encore un cas exceptionnel.

Dans la majorité des cas, *l'accès est précédé de signes prémonitoires*. On peut les résumer en disant qu'ils sont

une manifestation d'une aggravation de l'hépato-toxhémie.

Chaussier a particulièrement bien étudié ces signes : d'après cet auteur ils sont au nombre de trois : la *céphalalgie* les *troubles de la vue* et *la douleur épigastrique.*

La *céphalalgie* est poignante ; elle siège ordinairement à la région frontale ; elle va en augmentant d'intensité, d'abord intermittente, elle devient continue ; elle est souvent assez intense pour absorber toutes les facultés de la malade et apporter le trouble dans son intelligence. M. Pinard insiste sur cette céphalée qui est souvent le premier symptôme de l'albuminurie gravidique.

Les *troubles de la vue* consistent en mouches volantes, en sensation de brouillard devant les yeux allant même parfois jusqu'à la cécité complète (Dubost).

La *douleur épigastrique* est un symptôme souvent d'une grande intensité, arrachant quelquefois des cris à la malade.

Ces trois signes constituent la triade, le *trépied* de l'accès éclamptique.

Avec le professeur Pinard nous insisterons également sur *l'insomnie* si *rebelle* des femmes en état d'auto-intoxication gravidique.

On doit y ajouter d'autres signes accessoires : changement de caractère ; irritabilité spéciale ; agitation constante, quelquefois même du délire ; troubles dyspeptiques, nausées, vomissements, ptyalisme, odontalgie ; dermatoses auto-toxiques, etc.

L'accès d'éclampsie est caractéristique. Décrivons-le rapidement :

Après une *première période* caractérisée par des *convulsions*, période dite *d'invasion*, et qui ne dure guère qu'une minute ou deux, apparaît une *seconde période* ou période des *convulsions toniques*, pendant la laquelle la vie est comme suspendue ; celle-ci ne dure que quelques secondes et ne saurait durer davantage sans entraîner la mort. Puis aux convulsions toniques succèdent les *convulsions cloniques* : cette *troisième période* dure ordinairement de une à cinq minutes, mais elle peut durer davantage et parfois jusqu'à vingt minutes. A celle-ci succède un *coma* qui dure plus ou moins longtemps.

Au sortir de ce coma la femme garde encore un certain temps des troubles intellectuels : la mémoire est affaiblie, l'intelligence diminuée ; ces troubles cessent du reste plus ou moins rapidement.

Nous ne décrirons pas plus longuement l'accès éclamptique : ce serait sortir du cadre de cet ouvrage.

Il est du reste fort connu et nous ne pouvons que renvoyer à l'excellente description qu'en fit Mme Lachapelle. Ajoutons qu'il suffit d'en avoir vu un pour ne plus l'oublier.

L'accès peut n'avoir été qu'un signal d'alarme, rester isolé. Mais le plus souvent les attaques se renouvellent deux, trois, huit, dix fois après un intervalle de temps plus ou moins long, variant de quelques minutes à deux ou trois heures, rarement de quelques jours. Parfois au contraire, les accès sont subintrants.

Enfin leur nombre est des plus variables atteignant quelquefois les chiffres de quarante, soixante-dix et cent-soixante dans un cas de Crétet.

Mortalité maternelle. — Le *pronostic* des accès éclamptiques est des plus graves : pour Mme Lachapelle, la mort se produisait dans la moitié des cas ; elle ne survenait que dans le tiers et peut-être le quart d'après Cazeaux.

Cette mort survient soit pendant l'accès, soit pendant la période du coma et est dûe aux hémorrhagies viscérales (foie, cerveau) ou à l'intoxication, plus souvent aux deux.

Enfin n'oublions pas que l'infection puerpérale trouve un excellent terrain chez les éclamptiques et y fait de nombreuses victimes.

Le pronostic, on le voit, n'est pas brillant; mais est-il vraiment aussi sombre que voulait bien le dire Mme Lachapelle et avec elle la plupart des auteurs du milieu du XIX^e^ siècle qui accordaient une mortalité de 50 0/0 ?

Voyons les statistiques modernes :

Statistique Charpentier.

Eclamptiques.....	295
Décès.....	76
Mortalité.....	24 0/0.

Statistique de la Maternité.
(In *Th.* Agrég. Charpentier).

Eclamptiques.....	54
Décès.....	9
Mortalité.....	35 0/0.

Statistique de l'hôpital des Cliniques.
(In *Th.* Agrég. Charpentier).

Eclamptiques.....	127
Décès.....	45
Mortalité.....	37 0/0.

Thèse Casamayor.
1872-1892.

Eclamptiques.....	100
Décès.....	35
Mortalité.....	35 0/0.

Thèse Michel.
1892-1897.

Eclamptiques.....	40
Décès.....	4
Mortalité.....	10 0/0.

Statistique de M. Maygrier.
(*Th.* Michel).

Eclamptiques.....	44
Décès.....	17
Mortalité.....	38,63 0/0.

Maternité Marseille.
(*Th.* Laugier).

Eclamptiques.....	41
Décès.....	20
Mortalité.....	48,7 0/0.

Statistique Maternité Lariboisière (Pinard).
(Varnier, 1883-1888).

Eclamptiques.....	50
Décès.....	7
Mortalité.....	14 0/0.

Pr Pinard.

1888-1890. *Th.* Dubost.

Eclamptiques	11
Décès	3
Mortalité	27 0/0.

Statistique clinique Baudelocque (Pr Pinard).

1890-1892. *Th.* Germont.

Eclamptiques	16
Décès	3
Mortalité	18 0/0.

Résumé de la statistique de M. le Professeur Pinard de 1883 à 1893.

Eclamptiques	77
Décès	13
Mortalité	16,88 0/0

Enfin nous-même nous avons dressé la statistique de la *Clinique Baudelocque de 1890 à 1904* et nous arrivons aux résultats suivants :

Eclamptiques	104
Décès	19
Mortalité	19,2 0/0.

En résumant notre statistique avec celle de Varnier et Dubost nous arrivons aux chiffres suivants qui expriment les résultats otenus *dans les deux services de M. le Professeur Pinard de 1883 à 1905* (1er janvier).

Eclamptiques	165
Décès	19
Mortalité	18,18 0/0.

Schmitt donnait dans sa thèse (Paris, 1899) les résultats suivants comme statistique générale, résumé de nombreuses statistiques, très diverses.

Eclamptiques.....	1106
Décès..... ...	292
Mortalité.....	26,78 0/0.

Nous voyons donc que la mortalité des Eclamptiques soignées dans les différents services de M. le Professeur Pinard est très notablement inférieure à celles qui ont été publiées par d'autres auteurs.

Nous en trouverons l'explication dans le mode de traitement qui leur est appliqué.

Si nous envisageons la mortalité chez les femmes suivant qu'elles sont *multipares* ou *primipares*, nous obtenons les résultats suivants :

Clinique Baudelocque :

A. Primipares.

Accès pendant la grossesse 29 : 7 morts, soit 25 p. 100 ;
Accès pendant le travail 29 : 7 morts, soit 25 p. 100 ;
Accès après l'accouchement 14 : 2 morts, soit 14 p. 100.

Si nous ne tenons pas compte de l'époque de début des accès, les résultats sont :

72 Primipares : 16 morts, soit *22 p. 100.*

B. Multipares :

Accès pendant la grossesse 19 : 3 morts, soit 15 p. 100 ;
Accès pendant le travail 6 : 0 mort, soit 0 p. 100 ;
Accès après l'accouchement 7 : 0 mort, soit 0 p. 100.

Sans tenir compte du moment où ont débuté les accès, on obtient les chiffres :

32 Multipares : 3 morts, soit *9 p. 100.*

Si nous comparons cette mortalité à la *Mortalité Maternelle générale* de la Clinique Baudelocque, on a les résultats :

A. Primipares :

Mortalité des Eclamptiques : *22 p. 100* ;

Mortalité des accouchées (Primipares) : 11.640 accouchements de 1890 à 1903 avec 68 morts, soit *0,58 p. 100.*

B. Multipares :

Mortalité des Eclamptiques : *9 p. 100* ;

Mortalité des accouchées (Multipares) : 14.871 accouchements de 1890 à 1903 avec 51 morts, soit *0,34 p. 100.*

Mortalité fœtale :

Quel effet l'Eclampsie a-t-elle sur la vie de l'enfant ?

Les auto-intoxications de la grossesse ont, sur le produit de conception, une influence considérable, puisque le fœtus se nourrit du sang de la mère. Quand celui-ci est saturé de toxines, il sature le sang du fœtus, qui, moins résistant, succombe fréquemment ou est asphyxié par la diminution du champ de l'hématose qui survient à la suite des hémorrhagies placentaires. L'expérimentation peut, du reste, démontrer la véracité de cette théorie, en nous prouvant que le sang d'un fœtus né d'une mère éclamptique est plus toxique que le sang d'un fœtus né d'une mère saine. Le fœtus peut donc mourir *in utero* soit par

intoxication, soit par les hémorrhagies rétro et intra-placentaires survenant pendant l'accès ; soit encore par des troubles de la circulation fœto-placentaires dus aux contractions énergiques et rapprochées de l'utérus.

Ou bien ce peut être un *prématuré* : mais ce sera un enfant d'existence précaire, taré surtout au point de vue nerveux, prédisposé aux hernies, etc., ce sera ce que le Professeur Pinard appelle un *déchet social.*

Si c'est un enfant né près du terme, c'est alors un être malingre et chétif, tout en membres ; c'est, suivant l'heureuse expression du Professeur Pinard, un *enfant araignée.* Mais cet enfant s'élèvera généralement bien, par opposition au prématuré dont il n'a aucune des tares, ayant atteint son parfait développement *in utero*, ayant eu le temps d'arriver à maturité.

Le pronostic fœtal est, on le voit, très sérieux. Mais, que nous montrent les statistiques ?

D'après *Schmitt*, qui a étudié différentes statistiques de *Wiéger*, *Blot*, *Scanzoni*, *Hôpital des Cliniques*, *Maternité*, *Laugier*, *Varnier*, *Germont*, etc., sur 1.413 naissances, il y a eu 701 morts-nés, soit une mortalité de 49,64 p. 100.

Cette statistique ne parle que des morts-nés et non de l'état de débilité qui a pu entraîner la mort de l'enfant quelques heures ou quelques jours après sa naissance.

La statistique prise chez M. le Professeur *Pinard* est-elle meilleure ?

Varnier, sur 50 naissances, trouve 25 morts-nés, soit 50 p. 100 de mortalité.

Germont ne trouve que 4 morts-nés sur 17 naissances.

Notre statistique donne les résultats suivants :

Du 1er janvier au 31 décembre 1904, on a observé à la **clinique Baudelocque** :

104 cas d'Eclampsie.

Sur ces 104 femmes :

A. 72 PRIMIPARES ont donné 79 enfants :

1° 7 étaient morts pendant la grossesse. soit 8,8 p. 100 (sur l'ensemble des fœtus d'éclamptiques) ;

2° 15 sont morts pendant le travail, soit 19 p. 100 ;

3° 57 sont nés vivants, soit 71 p. 100 ;

4° 4 enfants nés vivants sont morts quelques heures ou quelques jours après la naissance, soit une mortalité de 7 p. 100 sur les enfants nés vivants.

B. 32 MULTIPARES ont donné 32 enfants :

1° 10 étaient morts pendant la grossesse : soit 31 p. 100.

2° 2 sont morts pendant le travail : soit 6 p. 100.

3° 20 sont nés vivants : soit 62 p. 100.

4° 2 de ceux-ci sont morts après la naissance, soit une mortalité de 10 p. 100 pour les enfants nés vivants.

C. Si nous ne tenons pas compte de la *parité* des femmes nous trouvons que :

104 éclamptiques ont donné 111 fœtus, sur lesquels :

1° 17 sont morts pendant la grossesse soit 19,9 p. 100

2° 17 sont morts pendant le travail, soit 12,5 p. 100.

3° 70 sont nés vivants, soit 66,5 p. 100.

4° 6 de ceux-ci sont morts après la naissance, soit une mortalité de 8,5 p. 100 sur les enfants nés vivants.

En comparant cette statistique à celle de *Schmitt* (mortalité 49,64 p. 100) nous voyons que les résultats obtenus

à la clinique Baudelocque sont infiniment supérieurs puisque nous n'avons que *32,4 p. 100 de morts-nés.*

Il est intéressants de comparer cette statistique à celle de *l'ensemble des fœtus expulsés à la Clinique Baudelocque*, (du 1er janvier 1891 au 31 décembre 1902).

A. 11.004 PRIMIPARES ont expulsé 11.346 fœtus.

1° 290 sont morts pendant la grossesse soit 2,5 p. 100.

2° 162 sont morts pendant le travail soit 1,4 p. 100.

3° 10472 fœtus nés vivants soit 92 p. 100 sur lesquels 422 sont morts après la naissance soit 4 p. 100.

B. 14.263 MULTIPARES ont expulsé 14.931 fœtus.

1° 534 sont morts pendant la grossesse, soit 3,5 p. 100.

2°212 sont morts pendant le travail, soit 1,4 p. 100.

3° 13744 fœtus sont nés vivants, soit 97 p. 100, sur lesquels 441 sont morts après la naissance, soit 3,3 p. 100.

C. En ne tenant pas compte de la *parité* des femmes on trouve :

25.267 femmes ayant expulsé 25.414 fœtus.

1° 824 fœtus morts pendant la grossesse, soit 3,2 p. 100.

2° 374 fœtus morts pendant le travail, soit 1,4 p. 100.

3° 24.216 fœtus vivants, soit 95 p. 100, sur lesquels 863 sont morts après la naissance, soit 3,5 p. 100.

Ces quelques chiffres nous montrent combien la mortalité fœtale est considérablement plus élevée chez les éclamptiques que chez l'ensemble des femmes ayant accouché normalement ou anormalement. Ce résultat était du reste à prévoir.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES ACCÈS ECLAMPTIQUES

A. — Traitement prophylactique des accès éclamptiques.

« *Si le XIX*e *siècle n'a pas bien armé les accoucheurs pour* **guérir** *les accès éclamptiques. il leur a donné des armes presque suffisantes pour les* **prévenir** » (PINARD, clinique de novembre 1900).

Le traitement de l'éclampsie doit être avant tout un *traitement* **prophylactique.**

L'éclampsie étant une des manifestations de l'auto-intoxication gravidique, dont le principal symptôme est l'albuminurie, il importe de diagnostiquer de bonne heure cette intoxication et pour cela *d'examiner systématiquement les urines de toutes les femmes enceintes.*

Les urines seront examinées non seulement pendant la grossesse, et surtout pendant les trois derniers mois, mais encore pendant le travail et les suites de couches.

« Si le plus souvent les urines contiennent de l'albuminurie chez les femmes ayant de l'hépato-toxhémie gravidique, exceptionnellement elles peuvent ne pas en contenir. Mais il est toujours et plus que jamais indiqué

d'examiner les urines de toutes les femmes enceintes » (Pinard).

Lorsqu'une femme venant à la consultation externe des femmes enceintes de la clinique Baudelocque, présente une grande quantité d'albumine, on insiste généralement pour la faire entrer au dortoir des femmes enceintes : là, elle est l'objet d'une surveillance continuelle et on peut lui appliquer d'une façon absolue le régime lacté, que si souvent les femmes qui restent chez elles mitigent à leur gré. De plus, soumise au repos, maintenue à la chaleur, la femme se trouve dans les meilleures conditions pour voir disparaître l'albumine de ses urines et pour arriver à terme sans présenter d'accès d'éclampsie.

Nous pouvons affirmer que de toutes les femmes qui ont été traitées ainsi, à la clinique, *assez longtemps avant l'accouchement*, aucune n'a présenté au cours de son séjour d'accidents éclamptiques.

Si ce traitement était suivi partout aussi systématiquement qu'il l'est à la clinique Baudelocque, l'éclampsie deviendrait de plus en plus rare et serait réduite à ces cas exceptionnels où les accès éclatent sans que jamais on n'ait constaté d'albumine dans les urines.

Le but à atteindre pour le traitement est *d'introduire dans l'organisme le minimum de toxines* et de *favoriser les éliminations*.

Le **régime lacté** répond à ces desiderata : le lait, aliment parfait, n'introduit que peu de toxines et est de plus un excellent diurétique. « Les résultats cliniques sont là pour démontrer que le régime lacté *absolu* constitue

vraiment le traitement *prophylactique* de l'éclampsie » (Pinard).

Le régime lacté absolu comporte l'absorption de trois à quatre litres de lait dans les 24 heures. Pour pouvoir être toléré, il faut qu'il soit pris par petites quantités à la fois, par tasse à café toutes les heures ou toutes les deux heures ; on le prendra de préférence très chaud et on le boira à très petites gorgées, et lentement, mettant une demi-heure environ pour boire une tasse à thé. Un repos sur une chaise longue, pendant une demi-heure ne peut qu'être favorable (A. Robin).

Mais cette règle n'a rien d'absolu et on le sait, rien n'est plus varié que le goût des malades sur la façon de prendre le lait. Elles pourront donc, si la première méthode ne leur convenait pas, le prendre chaud ou froid, sucré ou salé, bouilli ou stérilisé. Certaines le couperont d'eau de Vichy ou de Vals. Une recommandation à faire sera de se *rincer la bouche* après chaque prise de lait avec une *eau alcaline*, afin d'éviter le dépôt de ces petites parcelles de caséine ou de graisse qui se fixent sur la langue ou dans les interstices des dents et qui fermentent rapidement dans ce milieu chaud et humide.

Quelques malades arrivent à se dégoûter assez vite de ce régime, on pourra, dans ce cas, aromatiser très légèrement le lait afin d'en varier le goût, avec un peu de cacao, de vanille, de fleurs d'oranger, de cognac, kirsch, thé ou café, en très minime quantité.

Doit-on continuer longtemps le régime lacté ?

Tant que l'albumine n'a pas *totalement* disparu, il serait dangereux d'y renoncer. Mais lorque pendant un certain

laps de temps, les urines sont restées limpides à l'examen par la chaleur, on reviendra à un régime mixte, le « *régime blanc* ».

On permettra les œufs, les viandes blanches, poulets, veau, agneau, pieds de porc, cervelles de moutons, les légumes verts très cuits, les féculents surtout en purée, le fromage blanc non fermenté, les compotes de fruits. Par contre, les conserves, les salaisons, les viandes noires, les crudités seront sévèrement proscrites.

Enfin, dans les cas graves, lorsque le régime lacté n'a pas amené la disparition des symptômes, que l'éclampsie menace, il ne faut pas hésiter à mettre la femme à la *diète hydrique* : l'eau d'Evian, sera donnée à discrétion, pure ou additionnée de 50 grammes de lactose par litre pour pousser à la diurèse (Pinard).

L'important est de faire uriner la malade : 2 à 3 litres par 24 heures et même davantage. On pourra adjoindre au lait, à l'eau d'Evian, à la lactose des tisanes de queues de cerise, chiendent, uva ursi, etc.

L'*hygiène* de la femme sera surveillée : on évitera toute cause de surmenage ; les fonctions cutanées seront entretenues avec le plus grand soin par des bains tièdes, des frictions sèches, etc... Enfin la femme fera la plus grande attention au *froid* qui peut lui être funeste. C'est pourquoi on conseillera le port de vêtements chauds de laine ou de flanelle. Enfin on veillera au *fontionnement de l'intestin* par des lavages intestinaux quotidiens, des purgatifs légers et de temps en temps un purgatif drastique.

Il est une précaution qu'il est indispensable de prendre dans une maternité : c'est l'*isolement de la femme*. C'est

en effet le seul moyen d'assurer le régime lacté absolu. Les cas ne sont pas rares où une voisine complaisante, cédant aux prières de la femme en traitement, lui donne un peu de pain ou de viande pour « la changer ». Quelques jours après on est étonné de voir apparaître des symptômes d'une aggravation de l'intoxication toxémique dont seule une enquête sévère pourra permettre de retrouver la cause.

En ville, il sera très souvent prudent dans les cas analogues, de se défier de l'entourage de la femme : et, si sa situation de fortune le permet, on agira sagement en plaçant près d'elle, sous un prétexte quelconque, une garde sur laquelle on puisse compter.

Tel est le traitement que l'on peut appeler *prophylactique* des accès convulsifs.

Malheureusement il n'est pas toujours fidèlement suivi et les prodromes de l'éclampsie se montrent, les accès convulsifs sont sur le point d'éclater : c'est alors que s'impose, suivant le cas, l'un des traitements suivants :

La conduite à tenir est alors variable suivant que la femme est en état de grossesse, de travail ou qu'elle est accouchée.

De longues discussions se sont produites sur ces différents traitements : nous n'y reviendrons pas. Nous nous contenterons d'exposer ce qui a été fait dans le service de M. le professeur Pinard à la clinique Baudelocque, d'exposer les faits, d'en dresser la statistique et de comparer les résultats obtenus chez lui avec ceux d'autres auteurs.

B. Traitement médical des accès éclamptiques

« Actuelllement en face d'une femme atteinte de convulsions éclamptiques, nous ne faisons que de l'*empirisme* : la femme guérit ou meurt, non pas qu'on a employé telle ou telle médication, mais suivant que les lésions du foie étaintt ou non compatibles avec la vie » (Pinard).

« Le traitement des accès éclamptiques employé à la clinique Baudelocque est le suivant : Chloroforme donné d'une manière continue tant que la femme est en imminence d'accès ; lavements de chloral, inhalation d'oxygène ».

C'est ainsi que s'exprime M. le professeur agrégé Lepage dans le « *Fonctionnement de la Maison d'accouchement Baudelocque* ». C'est en effet le résumé du traitement appliqué dans le service de M. le Professeur Pinard.

Nous allons l'exposer en détail et compléter cette définition.

A. Traitement des accès éclamptiques survenant au cours de la grossesse ou du travail.

1° Traitement des prodromes de l'accès, ou de l'accès déclaré

La première indication de traitement nous est donnée par les prodrômes des accès éclamptiques :

Avant tout, si ce n'est déjà fait, on devra *isoler* la femme en imminence d'éclampsie : elle sera placée dans une chambre chaude et éloignée de tout bruit ; une demi-obscurité ne peut que lui être favorable. Enfin, autour

d'elle, on ne laissera que les personnes dont la présence est indispensable. La clinique Baudelocque possède une chambre d'isolement correspondant à ces désiderata.

Chez les éclamptiques on le sait, le moindre attouchement peut-être cause d'un accès : aussi, ne fera-t-on chez la femme que les examens absolument indispensables et encore ne devra-t-on pratiquer le toucher que lorsque la femme aura déjà reçu les soins dont nous allons parler maintenant.

On devra instituer une *médication anti-toxique* et d'abord assurer l'évacuation de l'intestin éliminant ainsi les résidus des fermentations digestives.

A la clinique Baudelocque on prescrit généralement le *purgatif* suivant :

Eau-de-vie allemande	
Sirop de Nerprun	ââ 10 gr.

Une longue expérience à démontré que les purgatifs drastiques n'ont jamais eu sur la grossesse une action nocive quelconque.

L'entéroclyse y est également très en honneur : lavement simple, évacuation ou mieux lavage intestinal de 2 et 4 litres d'eau très-chaude, administré au moyen d'un bock et d'une sonde molle en caoutchouc rouge de calibre 18 à 20.

La sonde, enduite de vaseline boriquée, est introduite doucement mais profondément dans le rectum. Le lavement est ensuite administré lentement : nous conseillons de placer le bock à une une hauteur de 60 centimètres au-

dessus du plan du lit, hauteur très suffisante pour permettre l'écoulement du liquide.

Lorsque, comme le cas se produit quelquefois, la femme vomit le purgatif qui lui a été donné, il ne faut pas hésiter à administrer de suite un *lavement purgatif*.

La formule de celui qui est employé à la clinique Baudelocque est la suivante :

Feuilles de Sené.....	15 gr.
Sulfate de soude.....	15
Eau bouillante.....	500

pour un lavement.

Naturellement, si le *régime lacté* n'avait été déjà institué, on s'empresse de le prescrire : faire boire la malade le plus possible, sera le mot d'ordre.

Trois, quatre litres de lait, quelquefois plus, seront l'unique alimentation de la femme : la diurèse sera activée, l'élimination des toxines favorisée.

En cas d'intolérance gastrique absolue, de vomissements incoercibles, il ne faudrait pas cependant abandonner toute boisson : la *diète hydrique* serait alors indiquée. Et selon les conseils de M. le Professeur Pinard, on donnerait à la femme de petites quantités d'eau, mais ceci à des intervalles très rapprochés : par exemple une cuiller à café tous les quarts d'heure, si la malade n'en peut supporter davantage.

Les *injections de sérum salin* ont été préconisées en raison de l'augmentation du volume des urines et de la sécrétion sudorale qu'elles déterminaient (Bernheim). A la clinique Baudelocque, elles sont considérées comme *dan-*

gereuses par l'*augmentation de tension sanguine* qu'elles déterminent (Queirel). « Les injections d'eau salée peuvent provoquer et provoquent des accidents chez les albuminuriques qui n'ont pas au préalable perdu de sang. J'ai observé dans ces cas avec des injections ne dépassant pas 500 grammes des accidents très graves asphyxiques, convulsifs » (Pinard).

Certains auteurs conseillent aussi la *saignée* M. Bouchard a montré son rôle antitoxique ; elle pourrait donc parfois être utile. Tarnier la pratiquait chez presque toutes les éclamptiques. Le professeur Pinard, au contraire, ne la considère que comme une exception : l'abaissement de tension sanguine qui en est le résultat n'est que temporaire et est bientôt suivi d'une hypertension marquée (Queirel).

Et encore, c'est tout au plus si en présence d'une femme dyspnéique, au visage violacé, presque asphyxique, et présentant ce que l'on appelait de la « pléthore », le professeur Pinard consent à lui faire placer quelques sangsues aux apophyses mastoïdes. (Leçon clinique du 3 mars 1905.)

Jusqu'à présent, nous nous sommes préoccupé d'assurer la médication antitoxique.

Mais d'autres symptômes nous restent à combattre : ce sont les *symptômes nerveux*, les convulsions.

En raison de l'augmentation de tension sanguine qui détermine la crise (Queirel), il y a avantage à la combattre le plus tôt possible.

Il n'est donc point nécessaire d'attendre que l'accès soit déclaré : dès que la femme est en imminence d'accès, on doit prescrire le traitement *ad hoc*.

Ce traitement se résume aujourd'hui, dans le service de notre maître, à un médicament : **le Chloral**.

C'est Bouchut qui, en 1869, introduisit l'hydrate de chloral dans la thérapeutique des accès éclamptiques.

Depuis, son emploi s'est généralisé et est devenu classique.

On l'administre de deux façons : par la voie buccale ou par la voie rectale.

Lorsque la malade peut encore avaler, qu'elle n'a pas de contracture des mâchoires, on peut lui administrer une potion contenant 8, 12 grammes et plus de chloral par vingt-quatre heures.

Mais l'hydrate de chloral irrite la muqueuse gastrique et parfois n'est pas supporté par la malade.

Aussi, de préférence, emploie-t-on aujourd'hui, à Baudelocque, l'administration par la voie rectale et l'on prescrit le lavement suivant :

Hydrate de chloral . .	4 grammes
Lait	100 —
Jaune d'œuf.	N° 1

pour un lavement.

Après lavement évacuateur de l'intestin, on administre ce petit lavement au moyen d'une sonde molle, avec les précautions déjà énumérées. Mais ici on injecte le lavement au moyen d'une seringue à hydrocèle en ayant soin de le pousser très lentement.

Généralement, le lavement est supporté ; si cependant il était expulsé, on devrait en injecter immédiatement un second.

Ainsi administré, le chloral agit rapidement ; il est de plus bien supporté, le lait s'opposant à une trop vive irritation de la muqueuse intestinale.

On peut de cette façon administrer jusqu'à 16 et 18 grammes de chloral par vingt-quatre heures (Pinard).

Nous ne parlerons pas de la voie hypodermique généralement abandonnée aujourd'hui et inusitée à la clinique Baudelocque.

Testut, étudiant les différents modes de traitement médicale proposés pour les accès éclamptiques pendant la grossesse était arrivé aux résultats suivants :

	Mortalité.
Traitement révulsif	50 p. 100
Emission sanguine	35 —
Purgatifs	56 —
Saignée et purgatifs	17.3 —
Anesthésiques (morphinés) etc	17.8 —
Chloral	*7.4* —

Le chloral on le voit est donc le mode de traitement qui jusqu'à présent a donné la mortalité la plus faible.

Malgré la médication antitoxique, malgré le chloral, *l'accès a éclaté*. Quelle est la conduite à tenir dans ce cas-là ? La femme, en crise d'éclampsie, est exposée à certains traumatismes qu'il est nécessaire de lui éviter.

Dès qu'apparaissent les convulsions ou mieux les petits mouvements convulsifs précurseurs de l'accès, on doit se préoccuper d'empêcher les morsures de la langue, morsures qui, dans certains cas, ont été suivies d'accidents

graves et même mortels par hémorrhagie consécutive à la déchirure de la linguale.

Pour ce faire, on n'emploiera pas les écarteurs mécaniques ni les bouchons de liège dont les fragments peuvent venir obstruer les voies respiratoires, non plus que des cuillers en métal ou en bois dont le résultat est souvent de briser les dents de la femme. On aura recours au procédé recommandé par Tarnier et décrit par lui de la façon suivante : « Depuis longtemps j'ai vu employer à la clinique un procédé très simple dans son application. Il consiste à saisir le bord d'un serviette et à la tendre entre les deux mains sur une longueur de 20 ou de 25 centimètres. Le bord de la serviette ainsi tendu est placé sur le dos de la langue qu'il repousse fortement dans la bouche (dans la concavité du fer à cheval formé par le maxillaire inférieur) et quant les mâchoires se ferment, les dents étreignent le linge sans aucun inconvénient pour les malades et sans risques pour les assistants. La serviette est retirée après l'accès. »

Mais une autre indication, et, celle-ci de premier ordre est de calmer l'accès, d'en éviter le retour, de faire avorter les attaques si on parvient à en saisir le début : le **Chloroforme** sera le moyen de réaliser ce programme.

C'est Richet, qui, le premier en 1848, l'employa dans le traitement des accès éclamptiques. Depuis, cette méthode s'est rapidement généralisée malgré les attaques de certains accoucheurs comme Depaul.

Le seul point sur lequel on discuta un peu longuement fut celui de l'administration du chloroforme. Grandes doses ? Petites doses ?

Horand (de Lyon) veut qu'on sature entièrement l'organisme de chloroforme, Tarnier fait administrer le chloroforme à doses massives et pendant plusieurs heures.

Le professeur Pinard fait donner du chloroforme à doses massives et d'une façon continue tant que la femme est en imminence d'éclampsie. Il a pu en donner 750 gr. dans une nuit.

Le principal rôle du médecin auprès d'une éclamptique est de la surveiller avec la plus grande attention, d'essayer de surprendre les signes précurseurs de l'accès, les trémulations de la face, l'agitation, etc. A ce moment précis, on commence l'inhalation de chloroforme : en versant quelques gouttes sur une compresse pliée en plusieurs doubles. On continue l'emploi de l'anesthésie jusqu'à ce que l'on ait obtenu la résolution musculaire complète, que l'accès soit définitivement jugulé, la respiration rétablie et la cyanose dissipée.

Le chloroforme administré de cette façon est bien toléré, on peut l'employer ainsi plusieurs heures, pendant toute une journée et plus, jusqu'à cessation complète des accès. Disons, du reste, que ces cas sont exceptionnels.

Lorsqu'on administre le chloroforme à une éclamptique on est frappé de sa tolérance merveilleuse pour l'anesthésique. Que la femme soit cardiaque ou non, on doit utiliser le chloroforme. Les accidents sont d'une extrême rareté. Alors que dans les opérations chirurgicales, l'administration du chloroforme est si délicate et nécessite une assez grande expérience dans le cas présent, au contraire, nous avons vu souvent des personnes peu habituées à donner le chloroforme, chloroformer des éclamptiques

sans aucun accident. Nous-mêmes, au cours d'un remplacement à la campagne, appelé chez une éclamptique, avons chargé ses parents de la tenir sous chloroforme, pendant que nous faisions tout préparer pour l'accouchement. Nous n'eûmes aucun accident à déplorer.

L'emploi du chloroforme a donc de grands avantages. Mais il ne faut cependant y recourir qu'avec modération et donner les doses strictement nécessaires. Il faut, autant qu'on le peut, éviter à l'éclamptique déjà intoxiquée une seconde intoxication.

Ce n'est pas dans le chloroforme qu'il faut chercher le vrai remède de l'accès éclamptique en tant que manifestation convulsive, c'est dans le chloral, *la chloroforme ne doit être employé que pour donner au chloral le temps d'agir.*

Le chloroforme à dose anesthésique et le chloral à dose massive, tels que les conseille M. Pinard, s'ils ne peuvent épurer le sang des malades auront pour résultat de supprimer les phénomènes convulsifs qui sont souvent secondairement la cause de la mort par augmentation de pression comme pour l'hémorrhagie cérébrale ou méningée, ou l'inondation péritonéale par hémorrhagie du foie ayant rompu la capsule de Glisson.

2° TRAITEMENT APRÈS L'ACCÈS

Une fois les accès passés, on pourra abandonner le chloroforme, on diminuera la dose de chloral dans les lavements et on espacera ceux-ci. Quatre grammes de chloral par 24 heures suffiront à sidérer les petits symptômes. On entretiendra avec soin la vacuité du tube digestif en

administrant des lavements purgatifs du Codex, ou des purgatifs tous les deux à trois jours.

Mais on se rappellera qu'on est en présence d'une albuminurique et on lui appliquera le traitement d'usage : lait, chaleur, etc., en un mot tout ce qui constitue le traitement prophylactique des accès.

On n'oubliera pas non plus que son système nerveux est hyperexcitable : aussi la maintiendra-t-on dans l'isolement et le repos le plus absolu.

On continuera à faire l'examen méthodique des urines ; le retour à l'alimentation ne sera permis que le jour où toute trace d'albumine aura disparu.

B. Traitement des accès éclamptiques survenant après l'accouchement.

Du traitement des accès convulsifs survenant après l'accouchement, nous ne dirons qu'un mot : ici toute discussion cesse et seul le traitement médical a une raison d'être. On aura donc recours aux moyens précédemment indiqués : oxygène, chloral et chloroforme, lavements purgatifs, régime lacté, chaleur, etc.

Mais il est un point qui cependant mérite de retenir l'attention un moment : la femme qui vient d'accoucher est une « blessée ». Il importe de ne pas l'oublier et de veiller avec le plus grand soin à l'asepsie de cette plaie : on le sait les albuminuriques offrent un excellent terrain aux infections puerpérales.

On devra donc faire matin et soir une toilette méticuleuse des organes génitaux externes et tenir en perma-

pence sur la vulve une compresse aseptique (gaze ou coton hydrophile).

Pendant les premiers jours qui suivront l'accouchement, matin et soir on donnera à la femme, et cela dans la position couchée, une injection de deux litres d'eau bouillie que l'on aura laissé refroidir à 45°-48°.

Matin et soir également on devra prendre la température axillaire de la femme et dès que le thermomètre accusera 38°5 on devra considérer la femme, ainsi qu'on le faitàla clinique Baudelocque, en état de « morbidité ».

C'est alors que l'on doit se tenir prêt à agir pour une élévation supérieure de température. Le traitement à appliquer dans ce cas-là est celui qui, entre les mains du professeur Pinard a donné de si bons résultats : *l'irrigation continue*. Nous ne la décrirons pas ici, ce serait nous entraîner trop loin ; nous ne pouvons que renvoyer aux traités classiques, notamment à l'excellent *Précis d'obstétrique de Ribemont-Dessaignes et Lepage* où on la trouve décrite en détail.

TRAITEMENT MÉDICAL

Statistique de la Clinique Baudelocque

La statistique de la Clinique Baudelocque, de 1890 à 1905, dressée d'après les observations de femmes ayant eu leur premier accès d'éclampsie au cours de la grossesse ou du travail et ayant été soumises au traitement médical,

nous donne les résultats suivants au point de vue de la mortalité, en englobant primipares et multipares :

A. Statistique maternelle :

1° Accès pendant la grossesse :

Traitement médical 38, morts 7, soit *18,4 p. 100.*

2° Accès pendant le travail :

Traitement médical 17, morts 3, soit *17,6 p. 100.*

B. Statistique fœtale :

1° Accès pendant la grossesse :

Traitement médical 38 :	Fœtus	Macérés	6
		Morts-nés	6
		Morts pendant le travail	5
		Vivants	21

Soit une mortalité de *44,7 p. 100.*

2° Accès pendant le travail :

Traitement médical 17 :	Fœtus	Macérés	2
		Morts-nés	2
		Morts pendant le travail	0
		Vivants	13

Soit une mortalité de *23,5 p. 100.*

Résultats statistiques comparés

A. Statistique maternelle :

Germont relevait, sur une statistique prise de 1883 à 1891. dans les services du Professeur Pinard, 74 éclamptiques traitées suivant la méthode usitée à la Clinique

Baudelocque. Sur ces 74 éclamptiques, il constatait 12 décès, soit une mortalité de 19 p. 100.

En analysant les causes des décès, il en attribuait 5 à la septicémie et n'en tenant pas compte, il arrivait à une mortalité de 7 sur 74, soit 9,4 p. 100.

Nous ne ferons pas de même, considérant au contraire que ces cinq morts, dues à la septicémie, doivent être attribuées à cette réceptivité particulière des éclamptiques pour les infections et rentrer par conséquent dans les décès dus à l'éclampsie ou à ses complications.

La statistique de Germont s'établit donc ainsi :

Germont :

74 éclamptiques, 12 morts, soit 19 p. 100.

Schmitt, relevant 955 cas d'éclamptiques traitées médicalement, arrive aux résultats suivants :

955 éclamptiques, 227 morts, soit 23,76 p. 100.

Maury, dans la statistique de la Maternité de Lariboisière, du 1er janvier 1900 au 31 décembre 1902, relève :

33 éclamptiques, 5 morts, soit 0,18 p. 100.

Toutes ces statistiques sont établies *sans tenir compte du moment du début des accès* (grossesse ou travail).

Notre statistique, établie en suivant le même principe, nous conduit aux résultats :

55 éclamptiques, 10 morts, soit 18 p. 100.

B. Statistique fœtale :

Si nous comparons de même la mortalité fœtale, nous voyons que :

Schmitt accuse 49 p. 100.

Maury, 33 éclamptiques, 24 morts-nés, soit 72,7 p. 100.

Nous-même, nous constatons, dans nos observations, *55 éclamptiques*, *21 fœtus morts*, *soit 18 p. 100*.

C. Traitement obstétrical des accès éclamptiques

Jusqu'à présent, nous avons utilisé le traitement *médical* des accès éclamptiques.

Mais un deuxième traitement nous est proposé : le traitement *obstétrical*.

M. Varnier disait, dans la *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie* : « La mortalité fœtale est énorme dans les cas où le travail suit l'éclampsie dans les 48 heures.

Sur 17 cas, il comptait :

13 morts-nés ;

1 né en état de mort apparente et non ramené à la vie, malgré une insufflation prolongée pendant trois heures ;

1 mort cinq heures après la naissance ;

1 n'ayant vécu que dix minutes ;

1 de 1.250 grammes, mort neuf jours après.

Au total, *un seul* enfant survivait 48 heures après l'accouchement.

Au contraire, l'éclampsie survenant pendant le travail tempestif, voire même prématuré, comporte, pour la mère et l'enfant, un pronostic moins sombre, et cela à quelque période du travail qu'elle apparaisse.

Sur 13 cas où l'éclampsie a débuté pendant la période de dilatation et où le nombre des accès a varié de 1 à 84,

on compte seulement 3 morts-nés et 1 mort cinq jours après la naissance (par convulsion).

Les neuf autres ont survécu.

Dans les deux cas, où l'éclampsie a débuté pendant la période d'expulsion les enfants sont nés vivants. (Varnier, *Revue d'obstétrique 1888 cité in Th.* Schmitt).

Schmitt résumant plusieurs statistiques trouve que la mortalité fœtale est de 72,28 p. 100, lorsque l'éclampsie se manifeste au début du travail ou avant lui, qu'elle n'est plus que de 28,57 p. 100 lorsqu'elle débute pendant la période de dilatation.

Lorsque la grossesse se poursuit plus de 24 heures après le début des accès, la mortalité atteint encore le chiffre de 67,95 p. 100 (Schmitt).

Et cet auteur concluait ainsi : en somme, l'évacuation utérine est d'autant plus utile au fœtus qu'elle se fait peu après le début de la première convulsion et préconisait l'évacuation utérine artificiellement rapide.

Presque tous les accoucheurs reconnaissent que l'accouchement est un bienfait pour la mère et pour l'enfant : bienfait pour la mère dont le système nerveux n'est plus soumis aux excitations dues aux contractions utérines ; bienfait pour l'enfant dont la vie n'est plus compromise par la production d'hémorrhagies intra et rétro-placentaires.

Diverses méthodes ont été proposées pour hâter le moment de l'accouchement. Et c'est sur le choix des ces méthodes, sur le choix du moment de l'intervention, que la discussion a été ouverte.

Nous l'avons déjà dit : nous ne voulons pas reprendre la

discussion. Nous nous contentons d'exposer des faits et de les mettre en parallèle.

A. — Traitement obstétrical des accès survenant au cours de la grossesse.

Doit-on provoquer le travail chez une femme enceinte atteinte d'accès éclamptiques avant tout début de travail?

Dans le service de M. le professeur Pinard, le *traitement obstétrical des accès éclamptiques* au cours de la grossesse *n'existe pas* : on attend toujours le travail spontané, jamais on ne le provoque. « L'accouchement provoqué sera réservé pour les cas où l'on aura constaté l'existence d'une albuminurie grave (anarsaque, urémie gastro-intestinale, dyspepsie) et que sous l'influence du régime lacté absolu continué pendant huit jours au moins, l'albuminurie ne diminue pas ou continue à faire des progrès alors que les autres symptômes s'aggravent » (Pinard).

En un mot, l'accouchement provoqué sera réservé à ces cas où le rein est touché, où la malade est brightique.

Dans les cas d'accès éclamptiques, le traitement obstétrical est repoussé par le professeur Pinard, pour les raisons suivantes : Si l'accès éclate pendant la grossesse, le travail ne tarde généralement pas à se produire et toute

intervention pour interrompre la grossesse est généralement inutile.

Les résultats obtenus sont à ce sujet des meilleurs et si l'on compare la statistique maternelle et fœtale de la clinique Baudelocque avec celles d'autres auteurs, on peut voir que l'avantage est encore du côté des partisans du travail spontané (voir les résultats statistiques à la fin du chapitre).

B. — Traitement des accès éclamptiques survenant au cours du travail.

Lorsque les accès éclamptiques surviennent *pendant le travail*, la conduite à tenir est-elle différente ?

Ici comme pour le traitement des accès survenant au cours de la grossesse on se trouve en présence de deux opinions diamétralement opposées.

Les uns sont partisans de l'accouchement rapide, accéléré, forcé même, a-t-on dit, d'autres, dont le professeur Pinard, en sont les adversaires.

Rappelons-nous les procédés... sanglants de Duhrssen, Zweifel, Goldberg, Kopetsch ?

Charpentier, dans sa thèse d'agrégation, cite les résultats obtenus par les auteurs allemands.

Travail hâté.....	Mortalité	26,66 p. 100
Travail provoqué.....	—	52,38 —
Travail forcé.....	—	40,74 —
Césarienne.....	—	35,84 —
Travail spontané....	—	*18,96* —

Ces statistiques peu encourageantes suffisent à nous éclairer et nous montrent déjà bien les avantages que l'on est en droit d'attendre lorsqu'on laisse le travail évoluer spontanément.

Nous verrons tout à l'heure en détail les résultats obtenus par les adversaires de l'accouchement accéléré.

Nous sommes en complet désaccord avec les partisans de l'accouchement provoqué lorsqu'avec VARNIER nous disons : « *Aucune intervention ne sera tentée avant que l'orifice ne soit complètement dilaté ou dilatable* ».

A ce moment seulement on devra terminer rapidement l'accouchement et dans l'intérêt de la mère et dans l'intérêt de l'enfant s'il vit.

Cette déclaration de principe est bien nette : le professeur PINARD s'y déclare l'ennemi de toutes les manœuvres obstétricales, procédés sanglants des Allemands : dilatation manuelle, bi-manuelle ou artificielle à l'aide de ballons ou d'écarteurs, application de forceps, etc. : *Tant que la dilatation n'est pas complète s'en tenir au traitement médical.*

Les interventions ayant pour but d'acélérer la marche du travail sont inutiles, le travail se faisant en général très vite ; bien plus, elles sont dangereuses en soumettant la femme à une série de manœuvres qui sont toujours des causes d'excitation pour le système nerveux et qui souvent peuvent se compliquer du danger résultant de déchirures du col remontant parfois dans le segment inférieur.

Chez la femme éclamptique en travail, il faut surveiller avec le plus grand soin la marche de celui-ci, on sait, en effet, que souvent le travail est d'une très grande rapidité

chez ces femmes et qu'il arrive parfois que l'enfant soit expulsé avant que l'on soit prévenu ; cela se produit, du reste d'autant plus facilement qu'il s'agit souvent de prématurés et que la femme est le plus généralement dans le coma.

On devra donc toucher la femme, mais on fera bien de pratiquer cet examen le plus rarement possible et avec la plus grande douceur de façon à ne pas réveiller les accès. On fera bien également de profiter des instants où la femme est sous le sommeil chloroformique pour la toucher.

Au moment de l'expulsion du fœtus, et surtout s'il s'agit d'un fœtus à terme, on surveillera avec soin le périnée. Chez les albuminuriques, on le sait, le périnée s'infiltre facilement et les ruptures se produisent avec la plus grande facilité.

Lorsque la *dilatation est complète*, on peut alors, si l'expulsion se fait attendre, hâter l'accouchement par une application de forceps ou une version : c'est le *seul* cas où le professeur Pinard autorise l'usage du traitement dit obstétrical. On pourra également, et cela pour hâter l'évacuation rapide de l'utérus, profiter de l'anesthésie chloroformique pour faire une délivrance artificielle suivie d'une injection intra-utérine d'eau à 50°. Les plus grandes précautions d'aseptie sont à prendre en raison du peu de résistance qu'offrent les éclamptiques aux infections.

INTERVENTION OBSTÉTRICALE

Statistique de la Clinique Baudelocque.

La statistique de la clinique Baudelocque de 1890 à 1905, dressée d'après les observations de femmes ayant eu leur premier accès d'éclampsie au cours de la grossesse ou du travail nous donne les résultats suivants en englobant primipares et multipares :

A. Statistique maternelle.

1° *Accès pendant la grossesse* :

Forceps à dilatation complète.	5	mort 1
Dilatation manuelle-forceps. .	1	— 0

Au total :

Interventions obstétricales : 6 ; mort 1 ; soit : 19,9 p. 100.

2° *Accès pendant le travail* :

Forceps à dilatation complète.	13	morts 4
Forceps au D. S.	1	— 0
Basiotripsie (sur enfant mort). .	1	— 0
Dilatation manuelle-forceps. . .	1	— 0
Symphyséotomie-forceps.	1	— 1

Au total :

Interventions obstétricales, 17, morts 5, soit 29,4 p. 100.

B. Statistique fœtale.

1° *Accès pendant la grossesse* :

Forceps dilat. complète.	5	fœtus macéré 1
Dilatation manuelle-forceps.	1	fœtus mort-né 1

Au total :

Interventions obstétricales : 6 ; morts : 2 ; soit : 33,8 p. 100.

2° Accès pendant le travail :

Forceps dilat. complète	13 :	Macéré.....	0
		Mort-né.....	1
	Fœtus	Mort pendant le travail....	1
		Vivants.....	11
Forceps au D. S.....	1	fœtus vivant.....	1
Basiotripsie.....	1	fœtus m. p. le travail	1
Dilat. manuelle-forceps..	1	fœtus mort-né.....	1
Symphyséotomie-forceps.	1	fœtus vivant.....	1

Au total :

Interventions obstétricales : 17 ; fœtus morts-nés : 4 ; soit 23,5 p. 100.

Résultats statistiques comparés.

A. Statistique maternelle.

En étudiant les statistiques publiées sur ce sujet, et sans tenir compte du moment de début des accès (grossesse ou travail,) on constate :

Maury. Eclamptiques 10, morts 2, soit 20 p. 100.

Schmitt. Eclamptiques 84, morts 14, soit 16,45 p. 100.

Notre statistique donne le résultat :

Eclamptiques 33, morts 6, soit *26 p. 100*.

B. Statistique fœtale.

Au point de vue de la mortalité fœtale nous avons, dans différents auteurs, les pourcentages suivants :

Schmitt ; 27,94 p. 100.

Maury. Eclamptiques 10, fœtus morts-nés 7, soit 70 p. 100.

Dans ce cas particulier, on avait pratiqué l'accouchement méthodiquement rapide par dilatation bi-manuelle du col (six fois avant le travail). Sur les 10 fœtus, 4 étaient encore vivants lors de l'intervention.

Notre statistique nous donne : éclamptiques 33, morts-nés 6, soit *26 p. 100.*

COMPARAISON DES DEUX TRAITEMENTS

D'après les résultats obtenus à la Clinique Baudelocque.

1° Traitement médical :

Pendant la grossesse.

Mortalité maternelle.....	18,4 p. 100.
Mortalité fœtale.....	44,7 —

Pendant le travail.

Mortalité maternelle.....	17,6 p. 100
Mortalité fœtale.....	23,5 —

Moyenne du traitement médical.

Mortalité maternelle.....	18 p. 100
Mortalité fœtale.....	38 —

2° Intervention obstétricale :

Pendant la grossesse.

Mortalité maternelle.....	19,9 p. 160
Mortalité fœtale.....	33,3 —

Pendant le travail.

Mortalité maternelle.....	29,4	p. 100
Mortalité fœtale.....	23,5	—

Moyenne de l'intervention obstétricale.

Mortalité maternelle.....	26	p. 100
Mortalité fœtale.....	26	—

CHAPITRE IV

RÉSUMÉ DE LA STATISTIQUE

Recueillie à la clinique Baudelocque du 1er janvier 1890 au 31 décembre 1904.

FRÉQUENCE DE L'ÉCLAMPSIE

Fréquence de l'éclampsie.....	0,034	p. 100.
Soit.....	1	p. 294.
Diminution progressive de cette fréquence :		
En 1890.....	0,047	p. 100.
En 1895.....	0,024	—
En 1900.....	0,016	—
Fréquence de l'éclampsie suivant la parité des femmes et sur 100 éclamptiques :		
Primipares.....	69	p. 100
Multipares.....	31	—
Début des accès éclamptiques :		
a) *Primipares* :		
Pendant la grossesse.....	40	p. 100
Pendant le travail.....	40	—
Après l'accouchement.....	19	—

b) *Multipares* :

Pendant la grossesse.....	59	p. 100
Pendant le travail.....	19	—
Après l'accouchement.....	21	—

c) *Statistique globale* :

Pendant la grossesse.....	49,5	p. 100
Pendant le travail.....	29,5	—
Après l'accouchement.....	20	—

MORTALITÉ MATERNELLE

a) *Primipares* :

Pendant la grossesse.....	25	p. 100
Pendant le travail.....	25	—
Après l'accouchement.....	14	—
Mortalité moyenne.....	22	—

Mortalité maternelle moyenne totale des primipares à la clinique Baudelocque.....	0,58	—

b) *Multipares* :

Pendant la grossesse.....	15	p. 100
Pendant le travail.....	0	—
Après l'accouchement.....	0	—

Mortalité moyenne totale des multipares à la Clinique Baudelocque.....	9	—

c) *Mortalité moyenne globale des éclamptiques...*	19,2	—

MORTALITÉ FŒTALE

a) *Primipares* :		
Fœtus nés vivants.....	71	p. 100.
Mortalité après la naissance...	7	—
Fœtus morts pendant la grossesse.....	8,8	—
Fœtus morts pendant le travail.	19	—
b) *Multipares* :		
Fœtus nés vivants.....	62	p. 100
Mortalité après la naissance...	10	—
Fœtus morts pendant la grossesse.....	31	—
Fœtus morts pendant le travail.	6	—
c) *Mortalité globale* :		
Fœtus nés vivants.....	66,5	p. 100
Mortalité après la naissance...	8,5	—
Fœtus morts pendant la grossesse.....	19,9	—
Fœtus morts pendant le travail.	12,5	—

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

A. Observations de Femmes ayant présenté des accès éclamptiques AU COURS DE LA GROSSESSE

Les observations I à VII concernent des femmes albuminuriques qui ne furent pas traitées ou ne le furent que d'une manière incomplète.

L'observation VIII se rapporte à une femme chez laquelle l'albumine n'apparut qu'après les accès.

L'observation IX est celle d'une éclamptique chez laquelle M. Pinard fit une saignée, en raison de la cyanose persistante et de l'état général.

L'observation X se rapporte à un accouchement accéléré par dilatation manuelle, l'enfant étant mort, chez une femme en plein coma et présentant une anurie persistante.

Observation I

1639 (1902). — *Albuminurie non soignée. Accès d'éclampsie en ville et accès à la Clinique. Avortement spontané. Enfant vivant.*

M. H..., 25 ans, I pare.

DR. 10-14 février.

Entrée à la Clinique le 27 octobre, à 3 h. 15 soir.

Envoyée par un docteur avec le diagnostic d'éclampsie. Elle accuse une céphalée intense au niveau de la région frontale ; elle a des troubles visuels ; il existe un œdème considérable des membres ; les urines contiennent un *grande quantité d'albumine.*

M. Couvelaire ordonne une potion de chloral, 10 grammes d'eau-de-vie allemande et un lavement purgatif.

La femme vomit son purgatif.

Premier accès écl. à 4 h. 40 de peu de durée. On administre du chloroforme. La femme est mise dans une chambre isolée. Purgatif.

2e accès à 6 h. 45, sans prodromes, de courte durée. Chloroforme. Pas de coma.

3e accès à 7 heures.

4e accès à 7 h. 10.

5e accès à 7 h. 40.

6e accès à 7 h. 50.

7e accès à 8 h. 10 ; durée 5 minutes. Température 38 ; pouls 96. Pas de coma.

8e accès à 8 h. 30 ; pas de prodromes ; coma, cyanose, stertor.

9e accès à 9 heures ; durée assez longue. Oxygène. Pouls 138 ; température 38°8. Chloroforme en permanence jusqu'à minuit. Il ne se produit plus de crises, mais la malade est agitée.

A minuit on cesse le chloroforme.

A 3 h. 15 matin, nouvelle céphalée et nouvelle agitation. Chloroforme, pas d'accès.

A 4 heures matin, légères contractions utérines perçues au palper, accusées par la femme.

Chloral toutes les heures et demie, à partir de minuit. Garde-robes abondantes (4).

A 8 heures matin, température 37, pouls 96.

28 octobre. Journée calme. La malade sommeille de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Toutes les heures, chloral, lactose, eau de Vichy.

A 4 heures soir, lavement de 4 litres ne ramenant que peu de matières. Température 36°9, pouls 100.

A 7 heures soir, pose de *deux sangsues* au niveau de chaque apophyse mastoïde.

29 octobre. Albumine 8 grammes. La malade a reposé presque toute la nuit. Chloral, eau de Vichy.

A 9 heures matin, lavement de 4 litres, garde-robes abondantes. Température 36°8, pouls 96.

30 octobre. La malade est calme. Cécité persistante. Albumine 3 grammes.

A 2 heures matin apparaissent les contractions utérines.

A 3 heures matin, dilatation de 1 franc. Sommet engagé. en D. P.

A 9 heures matin, dilatation complète. Expulsion rapide d'une fille vivante pesant 2.600 grammes.

A 9 h. 50, délivrance par extraction simple. Placenta pesant 410 grammes et présentant des foyers hémorrhagiques.

31 octobre. Urine de 24 heures 1 litre ; albumine 6 grammes. La femme dit voir un peu plus clair,

1er novembre. Albumine 1 gramme.

3 novembre. Lymphangites du sein gauche. Température 38°, pouls 112. Eau-de-vie allemande. Garde-robes abondantes.

L'albumine diminue rapidement et, le 16 novembre, la mère et l'enfant partent en bon état.

Observation II

776 (1898). — *Albuminurie non traitée. Accès d'éclampsie avant l'accouchement. Forceps. Délivrance artificielle.*

A..., 20 ans, ménagère, Ipare, entre à la Salle de Travail le 6 mai, à 8 heures soir. D. R. 29 juillet.

A son entrée on constate de *légères traces d'albumine* dans les urines.

Le 7 mai, vers 6 heures soir, cette femme est prise subitement de deux accès éclamptiques presque subintrants. Vers 2 h. 40 elle a un nouvel accès long et violent.

A 3 h. 15 court accès.

Chloroforme pendant toutes les crises. Entre deux crises, la malade reprend connaissance et peut répondre aux questions.

A 4 h. 25 elle se plaint de douleurs abdominales et de maux de tête.

Peu de temps après, vomissements de lait chloralé absorbé pendant les accès.

Examen. Col long perméable. Membranes intactes. Injection d'eau phéniquée.

A 4 h. 35 nouvel accès. Chloroforme.

A 5 h. 10 nouvel accès. Chloroforme.

Entre ces deux crises, pas de connaissance.

A 7 heures soir on conduit la malade à la Salle de Travail et toute la nuit on continue le chloroforme pour calmer l'agitation.

Vers 6 heures matin elle reprend connaissance et demande à boire.

Dilatation de 2 francs. Contractions peu violentes dans la matinée.

A 10 heures dilatation de 5 francs.

A midi petite paume. Contractions fréquentes et énergiques.

A 1 h. 20 dilatation complète. Rupture artificielle des membranes. Ecoulement d'un liquide vert. Les bruits du cœur du fœtus se ralentissent après une amélioration de peu de durée. Mlle Roze, prévenue, applique le *forceps* en D. P.

L'enfant naît étonné, mais se met à crier après désobstruction des voies respiratoires.

La malade perd du sang. Délivrance artificielle. Injection intra utérine prolongée. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

P : 183. T : 37.3

La malade est calme à partir de ce moment.

Albumine jusqu'au 20 mars.

Suites de couches normales.

La mère et l'enfant partent en bon état.

Observation III

IV (1899) *Albuminurie non traitée. Femme ayant eu des accès d'éclampsie chez elle. Apportée dans le coma à l'hôpital. Morte quelques heures après.*

H..., IIIpare, 32 ans, entre le 15 juillet à 6 h. 30 matin dans le *coma.*

D. R. 20-23 décembre. *Albuminurie. 3 accès éclamptiques* chez elle.

A son entrée 39° 1. Pouls 145.

A 7 h. 25 nouvel accès.

A 9 heures *saignée* de 120 grammes. Anasarque généralisé. H. V : 47 cm.

Palper difficile. cathétérisme, quelques gouttes d'urine qui se prend en masse.

Col en voie d'effacement. Auscultation nulle.

A 9 h. 5 nouvel accès. A 10 h. 50 troisième accès.

La femme, constamment dans le coma, rejette le lait qu'on lui donne.

Etat stationnaire de 10 h. 50 du matin à 4 h. 50 du soir P : 124. Respiration embarassée par les mucosités qui s'amassent dans la gorge.

A 3 heures après-midi T. 37° 1. A 4 heures Pouls incomptable. A 4 h. 55 mort avant l'expulsion du produit de conception.

Observation IV

890 (1897) *Albuminurie non traitée. — Accès d'éclampsie pendant la grossesse.*

D. T..., 37 ans, D. R. octobre. Accouchement le 21 mai. O. I. G. A. Durée du travail ?

Délivrance naturelle en 30 minutes. Fille : 1.320 gr. Placenta : 360 gr. Membranes 5/27. Foyers hémorragiques anciens. Etat de l'enfant : bon. Suites de couches : normales. A eu en ville un *accès d'éclampsie*. La veille de son entrée, *albuminurie abondante*. Accouchements antérieurs normaux.

Observation V

1670 (1897) *Albuminurie insuffisamment traitée. — Eclampsie pendant la grossesse. — Accouchement spontané. — Enfant mort né.*

C. M... 29 ans. IIIpare, D. R. 20 février.

Accouchement le 16 septembre. En traitement 3 jours avant.

O. P. Durée du travail : 13 heures. Délivrance naturel en 5 minutes. *Garçon mort-né* de 1225 grammes. Placenta 270 grammes. Membranes, 2/29. Foyers hémorrhagiques anciens et récents. Suites de couches normales.

Premier enfant vivant. Deuxième mort en bas âge. Femme très *albuminurique* ; a eu en ville du 1er au 6 août *six accès éclamptiques*. L'enfant est mort probablement pendant le travail.

A la sortie de la femme, onze jours après, l'albumine persiste en grande quantité.

Observation VI

186. (1897). *Albuminurie non traitée.— Eclampsie pendant la grossesse. — Ictère. — Injection de sérum salin.*

V. R... 39 ans. D. R. 20 avril. Accouchement le 30 janvier. En traitement 6 jours avant. O. I. D. P. Durée du travail, 4 heures. Délivrance naturelle, 30 minutes. Garçon : 2350 grammes.

Placenta : 375 grammes. Membranes 2/31. Foyers hémorrhagiques anciens. Enfant débile à la naissance ; à la sortie : 2.250 grammes. Suites de couches normales. Femme enceinte pour la 5e fois ; accouchements antérieurs normaux. Enfants vivants. A été prise chez elle, le 25 janvier d'*accès d'éclampsie*. Quatre accès avant l'entrée dans le service. *Albumine* en grande quantité. Ictère. Accouchement 6 jours après l'entrée à la clinique.

On a injecté 2.500 grammes de sérum salin avant l'accouchement.

Observation VII

2270 (1899). *Albuminurie non soignée. — Accès d'éclampsie pendant la grossesse. — Fœtus macéré.*

C. E..., 22 ans. I pare.

D. R 27, 30 avril. H. U. 24 centimètres.

Début du travail, 22 novembre, 7 heures du soir.

Dans le courant de la grossesse nausées, vomissement, troubles de la vue, bouffissures de la face, céphalée, œdème bimalliolaire, douleurs de Chaussier. Malgré tout, la femme ne consulte pas de médecin. Le 13 novembre à 9 heures du matin, premiers accès d'éclampsie, suivis bientôt de 4 autres.

La femme est amenée à la clinique.

A 2 heures du soir, elle reprend connaissance,

Les *urines se prennent en masse* sous l'action de la chaleur.

Lait chloralé, purgatif, flanelle. T. 37°; P. 80°.

Le 14, 10 grammes d'albumine.

Le 22 novembre, elle entre en travail. Dilatation complète à 8 h. 30 du matin le 23 novembre.

Expulsion d'une fille à 8 h. 35 du matin : fœtus macéré, 680 grammes. Délivrance naturelle.

Placenta truffé, 170 grammes. Durée totale du travail, 13 h. 30.

Suites de couches normales.

Disparition de l'albumine le 4 décembre.

Observation VIII

710 (1904). *Accès éclamptiques pendant la grossesse. — Accouchement spontané. Enfant vivant. Un accès après l'accouchement. L'albumine apparaît après le premier accès.*

R. A..., 29 ans. II pare.

Entre à la clinique le 8 juin.

D. R. II — 15 octobre. H. V. ?

A l'examen ; O. I. G. A. ; Auscultation bonne.

Au toucher on constate l'effacement du col.

Pendant les deux premiers mois de sa grossesse, cette femme a eu des vomissements fréquents.

Ces vomissements cessent vers le commencement de janvier, mais à partir de ce moment, elle accuse des céphalagies persistante. Elle continue cependant à travailler.

Le 23 mai, elle a une hémorrhagie survenue dans la journée, sans cause apparente.

Elle vient à la consultation de la Maternité le 24 mai. On constate qu'elle a de l'œdème des membres inférieurs ; tête mobile à gauche. *Pas d'albumine dans les urines.*

Néanmoins on lui conseille de boire du lait. Elle suit ce conseil pendant quelques jours, puis revient au vin.

Ces maux de tête augmentent, l'œdème des jambes s'accentue, des vertiges apparaissent.

Le 7 juin, vers 3 heures du soir, pendant son travail, elle est prise d'un malaise intense et de vertige ; elle cesse son travail et rentre chez elle.

A 4 heures, hémorrhagies.

Pendant la nuit, vomissements fréquents et agitation.

8 juin. — *Premier accès éclamptique* à 4 heures du matin. Les accès se succèdent jusqu'à 10 heures. Le sixième a lieu au moment où le médecin, après lui avoir fait mettre des sangsues à l'apophyse mastoïde, la fait transporter à Baudelocque.

Elle arrive à 12 heures 45.

A 1 heure 5, septième accès. T. 37°8 ; P. 108. Chloroforme ; lavement purgatif (deux garde-robes) ; période d'agitation suivie d'une période d'accalmie. On constate alors la *présence de l'albumine.*

Au toucher : col en voie d'effacement.

A 2 heures 45 : P. 80 ; T. 37°8.

A 4 heures 10 : huitième accès. P. 90 ; T. 38°.

A 6 heures 10 : neuvième accès. P. 100; T. 38. Chloral par cuillerée de 1 gramme.

7 heures. La femme est très agitée ; on la maintient à grand'-peine dans son lit.

A 8 heures 20, elle expulse spontanément un enfant vivant de 1.890 grammes. Extraction simple du placenta à 9 heures ; nombreux infarctus blancs ; quelques foyers hémorrhagiques récents.

A 9 heures 15 : dixième accès. P. 92 ; T. 38.

A partir de ce moment, l'agitation va en diminuant ; pas d'accès.

9 juin. 7 heures matin : P. 80 ; T. 36°8.

10 juin. Albumine, 1 gramme.

A partir du 12 juin, la quantité d'albumine va en diminuant ; le 18, il n'en reste plus que quelques traces ; la quantité d'urine est de 2 litres.

La mère et l'enfant quittent le service le 25 juin en bon état.

Observation IX

829 (1897). — *Albuminurie non traitée. Eclampsie pendant la grossesse. Accouchement accéléré. Délivrance artificielle immédiate.*

C..., 32 ans, plumassière, a eu cinq accouchements antérieurs ; les quatre premiers à terme, enfants vivants. En 1895, le cinquième a été prématuré : enfant mort. Œdème et céphalées pendant cette dernière grossesse.

Grossesse actuelle. — Pendant toute sa grossesse, céphalée, œdème depuis un mois.

Le 7 mai, douleurs dans le flanc droit ; vésicatoire. Les urines se suppriment, une seule miction à 4 heures du soir.

Le 8 mai, à 9 heures du matin, *accès d'éclampsie* ; un docteur prescrit des inhalations d'éther après analyse des urines.

Dans la journée..*quatre autres accès* : à 3 heures, 4 heures, 7 heures et 10 heures.

Sixième accès, à 3 heures du matin, le 9 mai ; pertes de connaissance, coma. Urines et selles supprimées.

Elle entre dans le service le 9 mai, à 12 heures 30. Etat comateux. T. 37° ; P. 108. Pas de modifications du côté du col. Cathétérisme ; petite quantité d'urine acajou, se prenant en masse ; chloroforme, lait, chloral. A 4 heures, la malade étant calme, on cesse le chloroforme. A 6 heures : T. 36°8 ; P. 104. Malade toujours sans connaissance, mais calme : respiration régulière. Le soir, lavement purgatif sans effet ; 2 grammes de chloral ; pas d'urines.

Le 10, ni urines, ni garde-robes. Cathétérisme ; 200 grammes d'urines ; contractions utérines fréquentes non douloureuses. A 9 heures 40, chloroforme. M. Pinard fait la *dilatation manuelle* ; à 10 heures 5, elle est suffisante pour permettre à Mlle Roze d'introduire la main ; elle rompt les membranes, attire un pied et extrait un fœtus mort du type masculin pesant 1.450 grammes. Difficultés au moment de la sortie de la tête, retenue par l'orifice utérin. Délivrance artificielle immédiate. Pouls : avant, 156 ; après, 140.

Le 10, au soir : 200 grammes d'urines par le cathétérisme ; pas d'albumine.

Le 11, la malade urine au lit ; elle parait reprendre connaissance, essaie de parler. Lavement : garde-robes abondantes.

Le 12, urines abondantes ; la malade a repris connaissance et parle. Garde-robes. A partir de ce moment, elle urine abondamment ; les urines ne contiennent toujours pas d'albumine. La température, élevée les deux premiers jours (38°4 à 38°6), redevient normale.

La femme part en bon état le 12 juin.

On pourrait rapprocher de cette observation celle de la femme n° *2217* de la même année, où l'accouchement fut

accélérée par le ballon Champetier et les membranes rompues, la dilatation étant de 5 francs, ceci en raison de son *albuminurie intense et persistante* et de *menaces d'éclampsie.* L'enfant, de 2.400 gr,, fut extrait vivant.

Observation X

II (1898).— *Albuminurie. Trois accès d'éclampsie. Saignée. Mort avant accouchement.*

G..., Ipare, 28 ans, couturière. Entre à la Clinique le 2 mai, à 8 heures du matin.

Pleurésie à 13 ans.

D. R. 26-28 août. H. U. 31 centimètres.

Vient de l'Asile Michelet où elle était depuis le 10 mai.

A son entrée l'*urine se prend en masse.* Bouffissure de la face et des membres inférieurs, vertiges, maux de cœur. T. 37°. P. 64. Purgatif, lait chloralé qu'elle vomit A 11 heures, période d'invasion courte. A midi quarante, chloroforme pour prévenir l'accès. A 1 heure, garde-robe cathétérisme. Jusqu'à 5 heures peu d'agitation. De 8 à 9 heures, sommeil.

M. Roze trouve le col fermé, tête mobile. Il y a quelques contractions, la malade reprend bien connaissance.

Le 13, à 8 heures, même état du col. Absorption d'un litre de lait et de 4 grammes de chloral. Emission de 180 grammes d'urine Lavement, garde-robe. Calme jusqu'à 5 heures du soir, Ensuite légère agitation. Lait chloralé. La malade pousse des cris aigus. Les extrémités sont froides, les pieds marbrés de teinte bleuâtre, ventre ballonné. Garde-robes continuelles. Pouls petit, filiforme.

A minuit sur le conseil de M. Pinard, M. Baudron fait une *saignée* de 500 grammes.

Plus calme durant deux heures, la malade s'agite, se cya-

nose ; pouls irrégulier : à 9 h. 30, 120 ; à 10 h. 30, 80 ; puis 140.

Agitation extrême, puis coma. Toutes les demi heures injection d'éther. Le 14, albumine, 4 grammes. Cathétérisme : 100 grammes d'urine.

Morte, le 14 mai, à 9 heures du soir.

B. Observation de Femmes ayant présenté des accès éclamptiques AU COURS DU TRAVAIL.

Nos observations, prises au hasard, se rapportent à des femmes qui étant albuminuriques ne furent pas traitées ou le furent insuffisamment et arrivèrent à la clinique pour accoucher (XI à XV) ; ou à des femmes chez lesquelles l'albuminurie n'apparut qu'après le premier accès, les urines étant absolument normales avant le travail (XV-XVII).

L'observation nº XVIII concerne une femme qui était entrée au dortoir comme albuminurique, y fut traitée et chez laquelle l'albuminurie disparut pour réapparaître après le premier accès.

Observation XI

1207 (1902). — *Albuminurie non soignée. — Enfant mort pendant la grossesse. Débuts d'accès éclamptique au cours du travail. Accès éclamptiques aux accouchements antérieurs.*

M..., E., 28 ans, IIIpare.

1º Accouchement prématuré en 1894 ; accès éclamptiques pendant l'accouchement ; fille morte.

2° Accouchement en 1895, huitème mois ; garçon vivant de 2.250 grammes ; accès éclamptiques après l'accouchement.

Grossesse actuelle. D. R., 25 janvier. H. U., 24 centimètres.

Cette femme entre à la clinique le 19 juillet à 9 heures du matin, souffrant depuis trois jours d'une douleur épigastrique et s'étant mise elle-même au régime lacté.

A l'arrivée elle émet difficilement un peu d'urine noire, se *prenant en masse* par le réactif d'Esbach. Elle ne se plaint pas de céphalie, ne présente pas d'œdème.

On lui donne un purgatif ; régime lacté absolu.

M. Couvelaire constate un mauvaise état général : cyanose, dyspnée, langue sèche, douleur épigastrique.

Lait, eau de Vichy, 50 grammes lactose.

La femme est établie dans une demi obscurité, loin du bruit, lavement évacuateur, puis petit lavement avec 4 grammes de chloral.

21 juillet. La malade a gardé son lavement de chloral jusqu'à minuit. Elle a sommeillé presque toute la nuit, ne souffre pas de l'estomac, mais de la tête, région frontale. Elle a bu 3 litres d'eau de Vichy contenant chacun 50 grammes de lactose. Toutes les 3 heures, une cuillerée à bouche d'une potion de chloral. Température 37°8 ; pouls 80. Urine de 24 heures 2 litres trois quarts.

22 juillet. La malade, qui n'a pas eu de potion au chloral, est un peu plus agitée la nuit. Elle a pris 2 litres 500 d'eau de Vichy et 100 grammes de lactose. La quantité d'albumine a un peu diminué (7 grammes). A 9 heures, potion et lavement au chloral. Bruits du cœur du fœtus?

23 juillet. La femme se sent mieux, elle n'a plus que 3 gr. 1/2 d'albumine. Urine plus claire et plus abondante.

24 juillet. 2 verres d'eau de Seddlitz à 6 heures du matin ; même traitement ; 2 litres 1/2 d'urine ; 2 grammes d'albumine.

25 juillet. Même état.

26 juillet. 2 grammes d'albumine. H. U. 207. Bruits du cœur nuls.

27 juillet. Apparition des premières douleurs à 3 heures soir. A 7 h. 30, dilatation de 5 francs, utérus contracté ; la femme est envoyée à la salle de travail. Les contractions sont énergiques et régulières. Une cuillerée de chloral lui est donnée toutes les 3 heures.

A 10 h. 45, dilatation d'une paume de main. Poche des eaux très volumineuse. On ne peut reconnaître la partie fœtale.

A 10 h. 55, dilatation complète. Rupture aatificielle de la poche des eaux. Liquide rougeâtre ; tête en bas. Mollasse, avec un chevauchement considérable des os.

La femme est très agitée ; en même temps que ses douleurs utérines, elle accuse des douleurs du rein très accentuées. Engourdissement des membres inférieurs. Céphalée intense ; troubles de la vue.

A 11 heures, contraction des mains et des doigts, flexion et adduction du pouce, flexion du poignet sur l'avant-bras. Pas de modification de la face, ni de troubles visuels. Pouls 88.

A 11 h. 5, une contraction utérine survient ; expulsion du fœtus. Le fœtus, de sexe masculin, est *mort et macéré* ; poids 900 grammes. La contracture disparaît. Sensiblement, la femme est mieux.

A 11 h. 45, délivrance par extraction simple. Caduque épaissie, retenue en partie. Placenta 250 grammes. Infarctus nombreux.

A 1 h. 15, grand frisson de 15 minutes. Pouls 88 ; température 36°6. Suites de couches apyrétiques.

28 juillet. 1 gramme d'albumine,

10 août. 1 gramme d'albumine.

Observation XII

1585 (1896). — *Albuminurie non soignée. Accès d'éclampsie pendant le travail. Forceps. Enfant vivant. Femme morte le 3e jour.*

L..., 26 ans, Ipare. Entre à la clinique le 13 septembre, à une heure du matin, venant de l'asile Michelet, où elle se trouve depuis cinq jours.

D. R., 25-28 décembre. Présentation du sommet en G. P. Enfant vivant. Dilatation : 0,50.

A son entrée, on constate 7 grammes d'albumine par litre d'urine. La parturiente se plaint de céphalalgie, de douleurs épigastriques et de troubles visuels.

Jusqu'à 5 heures du matin, la malade est calme. A ce moment surviennent brusquement des convulsions toniques. On donne du chloroforme. L'accès n'est pas complet.

Nouvelles menaces d'accès à 7 heures et à 9 heures 30 du matin. Chloroforme.

Pendant ce temps, la femme vomit le lait et le chloral.

A 6 heures, dilatation comme une paume de main qui reste stationnaire jusqu'à neuf heures. A ce moment, on rompt les membranes. La dilatation ne progresse pas beaucoup, mais l'orifice s'assouplit.

A 9 heures 30, accès. M. Varnier applique le forceps, l'orifice étant facilement dilatable, et extrait, à 9 heures 50 du matin, un fœtus vivant, pesant 1.940 grammes, du sexe masculin.

Il sort vivant du service le 17 septembre.

Délivrance par extraction simple trente cinq minutes après expulsion du fœtus.

Lavement de 4 grammes de chloral.

La femme n'a plus d'accès, mais continue à vomir. Elle reprend connaissance.

Soir du 1er jour : T. 38°3. Injection intra-utérine.

Matin du 2e jour : T. 38°4.

On soumet la malade à l'irrigation continue de 10 heures du matin à 10 heures du soir. 10 grammes de sérum Marmoreck. A partir de 5 heures du soir, vomissements noirâtres fréquents. La femme est très agitée.

A 10 heures, elle a du délire, s'assied et veut enlever la sonde de l'utérus. On cesse l'irrigation et on lui fait une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum salin et 10 grammes de sérum de Marmoreck. Les vomissements continuent.

Troisième jour, à 4 heures du matin, 200 grammes de sérum salin. T. 38°5.

Morte à 6 heures du matin, le 16 septembre (3e jour).

Observation XIII

1414 (1897). — *Femme albuminurique non soignée. Albuminurie intense. Un acces éclamptique avant l'accouchement. Forceps à la dilatation complète. Enfant vivant. Délivrance artificielle immédiate. Bassin vicié. Promonto-sous-pubien ; 10,5. Mort de la femme au 2e jour dans le coma.*

J. R..., 27 ans. Ipare. Entre à la clinique le 9 août. D. R., 1er au 3 novembre.

Elle dit avoir eu, à partir du septième mois, des douleurs vives au creux épigastrique, des céphalalgies, des troubles visuels.

Au mois de juillet, elle consulte un docteur qui trouve de l'albumine dans les urines. Elle est soumise au régime lacté absolu pendant plusieurs jours, puis reprend son régime habituel en buvant du lait en mangeant.

Le 7 août, elle vient à l'examen de la clinique. Sommet en G. T. Bassin vicié : 10,5. La femme, ne pouvant uriner, repart chez elle et on lui conseille le régime lacté absolu.

Le 9, à 3 heures du matin, contractions utérines peu douloureuses. A 2 heures du soir, rupture spontanée des membranes. A 8 heures, elle est amenée à la clinique. A son entrée, dilatation comme 50 centimes. La femme a des douleurs depuis 3 heures du matin. Urines se prenant en masse. Régime lacté immédiat. Agitation. Contractions très douloureuses. Le travail marche rapidement. A 1 heure 50, accès éclamptique. Chloroforme. Pouls filiforme. Dilatation complète. Tête à la vulve. Application de forceps.

Enfant vivant. Garcon. 2.100 grammes. Diamètre biparietal, 9,2. Immédiatement, délivrance artificielle.

L'accouchée a une figure violacée, un pouls imperceptible, irrégulier ; dyspnée : oxygène.

A 5 heures, pouls rapide, mieux frappé. Moins d'agitation. Le placenta présente des foyers hémorrhagiques anciens et pèse 550 grammes.

Le 11. dans la nuit, la malade est calme; un peu d'agitation vers 5 heures du matin. Lavement et 10 grammes d'eau-de-vie allemande. Dans la journée, agitation. La malade se plaint constamment ; chloral. Dans la soirée, plusieurs garde-robes. Moins d'agitation, 2 grammes de théobromine à 2 heures et 1 à 6 heures. T. : matin, 38°6 ; soir, 38°2.

Le 12. Agitation. Pouls rapide. Cathétérisme. Diminution des urines.

Il en est de même les jours suivants et, le 18, la malade entre en coma à 5 heures 30, avec un pouls à 140, irrégulier, faible. T. 48°4 à 8 heures. T. 38°3 ; P. 140.

Enfin, à 3 heures du matin, la malade meurt sans reprendre connaissance et sans cri dans le coma urémique.

L'enfant quitte le service en bon état quinze jours après sa naissance.

Observation XIV

1530 (1898). — *Albuminurie non soignée. Eclampsie pendant le travail. Fibrôme utérin. Accouchement spontané. Enfant né en état de mort apparente. Mort de la femme.*

F. L..., 33 ans, Ipare. Arrive le 3 septembre, à 6 heures du soir, avec prodromes d'éclampsie. Douleur épigastrique. Céphalalgie intense. Quantité énorme d'albumine.

Huit jours avant son entrée, un médecin ordonna le régime lacté.

Le 4 septembre, à 5 heures 20 du matin, accès éclamptique. Chloroforme. Elle ne peut boire de lait. Trois lavements de chloral dans la journée. A 5 heures du soir, col en voie d'effacement. Sommet engagé en G. A. Enfant vivant. A 3 heures 30 du matin, dilatatation grande paume ; efforts d'expulsion, rupture des membranes ; liquide vert. Cœur fœtal : 150.

A 4 heures 10 du matin, dilatation complète.

A 5 heures 15, expulsion d'un enfant en état de mort apparente, mais ranimé.

Délivrance par expression. Injection intra-utérine.

La femme est enveloppée de linges chauds.

P. 130. T. 36°8.

A 6 heures 25, elle s'agite ; mouvements convulsifs. Dyspnée. Inhalations d'oxygène. Ether. Pouls à peine perceptible. Léger écoulement sanguin par la vulve. Utérus dur.

Morte à 7 heures 55 du matin.

A l'autopsie, on trouve un fibrôme volumineux appendu à la face antéro-latérale de l'utérus.

Observation XV

1001 (1898). *Albuminurique non soignée. Bassin vicié. Eclampsie pendant le travail. Application du forceps en G. A. et délivrance artificielle. Mort*

B..., 27 ans. Primipare, amenée à la Clinique le 11 juin, à 4 h. 20 soir, par un médecin disant qu'elle a eu des *accès d'éclampsie* et qu'il a tenté sans succès une application de forceps.

Femme dans le coma. Pouls 120. Enfant vivant.

O. I. G. T. — H. V. 33 centimètres. Dilatation 5 francs.

Bords épais; bosse séro-sanguine volumineuse ; caxalgie gauche. Os iliaque gauche atrophié.

Ligne innominée droite aplatie. *Albumine en grande quantité.* Chloral, chloroforme.

Contractions régulières. Premier accès dans le service à 4 h. 55 ; deuxième à 8 h. 15 ; troisième à 8 h. 35 ; quatrième à 9 h. 15.

Les pulsations fœtales se ralentissent ; la tête est élevée. A 9 h. 45 la dilatation est d'une grande paume, tête dans l'excavation, liquide ammotique normal. La mort de l'enfant n'étant pas certaine, M. Varnier conseilla à M. Paquy de faire une *application de forceps.* Prise légèrement oblique ; extraction difficile ; enfant mort. Délivrance artificielle immédiate.

12 juin, à minuit 35, température 38°5 ; pouls 152 ; R. 44. Cyanose.

Mort le 12 juin, à 8 heures matin.

Observation XVI

960 (1897). *Eclampsie pendant le travail. Forceps au D. S. L'albumine n'apparaît qu'avec les accès.*

G. B..., 26 ans. D. R. 30 août. Accouchement 31 mai. En traitement 2 jours avant

O. I. G. T. Durée du travail 21 heures. En 15 minutes, expulsion d'un garçon de 3.550 grammes. Placenta 520 grammes. Membranes 12 × 22. Suites de couches normales.

Seconde pare : *éclampsie lors du premier accouchement.* Enfant vivant.

A son entrée, pas d'albumine. Une attaque d'éclampsie au cours du travail. *Application de forceps au détroit supérieur.* Urines très *albumineuses* pendant le travail, *après l'accès.*

Sortie en bon état.

Observation XVII

1547 (1902). *Bassin rétréci. Rupture prématurée des membranes. Deux accès éclamptiques pendant le travail. Application de forceps. Délivrance artificielle. Injection utérine. Apparition de l'albumine après le premier accès.*

M. Z..., 20 ans ; I pare. Dernières règles 15 janvier. H. V. 32 centimètres.

Entre à la Clinique le 12 octobre à 8 heures matin. On constate : présentation de l'extrémité céphalique qui est mobile. Dos à droite. Bruits du cœur bons. Col incomplètement effacé ouvert comme deux francs. Poche des eaux volumineuses. Promontoire accessible. *Urine normale.*

A 4 h. 45 soir, dilatation lenticulaire. Sommet fixé en D.T.

A 11 heures soir, rupture spontanée des membranes. Contractions énergiques.

13 oct, à 1 heure matin, dilatation de 2 francs.

A 10 heures matin, le sommet s'engage.

A 2 heures, dilatation de 5 francs.

A 5 heures, *premier accès*. La parturiente pousse un cri. On la trouve couchée sur le dos en extension complète, la langue retenue entre les mâchoires serrées ; une écume sanguinolente s'écoule. L'avant-bras est en légère pronation ; les doigts en demi-flexion. Les membres animés de convulsions fréquentes à petites oscillations. La tête se meut de gauche à droite ; face violacée. Peu de contracture de la pupille ; dilatation d'une grande paume de main. Les urines renferment 2 gr. 50 d'*albumine*. Pouls 140 ; température 36·8.

La crise a duré 10 minutes ; la femme conserve un air hébété ; pas de coma. L'utérus reste tétanisé.

A 5 h. 45, *deuxième accès*. Mêmes symptômes ; chloroforme. La *dilatation* étant presque *complète*, M. Delestre décide de faire une *application de forceps* en D. T. (la tête est mal ossifiée et tourne dans les cuillers).

L'*enfant* est extrait *vivant* ; c'est un garçon pesant 3.500 grammes.

Délivrance artificielle aussitôt après.

Poids du placenta 520 grammes.

Suites de couches normales.

La mère et l'enfant quittent le service en bon état.

Observation XVIII

231 (1902). — *Albuminurie soignée et guérie ; Eclampsie apparue au moment du travail. Application de forceps. Réapparition de l'albuminurie après les accès.*

B. A..., 36 ans. Ipare.

D. R., 20-23 avril.

Le 14 août cette femme vient à la consultation.

Les *urines contiennent de l'albumine.* Elle reste au dortoir 15 jours pendant lesquels elle est soumise au *régime lacté.* Au bout de 15 jours *l'albumine a disparu* et la femme repart chez elle. Elle continue à prendre un litre de lait comme boisson jusqu'à l'accouchement.

Les 26 septembre, 12 octobre, 12 décembre, 15 janvier. Cette femme vient à la consultation de la Clinique. *A aucun moment on ne trouve d'albumine dans l'urine.*

Le 10 février à minuit cette femme ressent les premières douleurs. A 9 heures du matin elle arrive à la clinique.

A l'entrée : H. U., 32 centimètres. Sommet engagé au G. A. Au toucher on sent des végétations sur les parois vaginales ; bourrelet vaginal circulaire ; col long fermé, pas d'albumine ; bassin normal. Bruits du cœur : tout à gauche.

Cette femme est envoyée chez une sage femme agréée.

Le mercredi 12 février, à 3 h. 30 du matin, sans que rien n'ait pu le faire prévoir, la femme est prise de crises convulsives.

Après avoir mis un linge entre les machoires, on lui fait des inhalations de chloroforme.

La crise passée, elle examine les *urines* qu'elle trouve *chargées d'albumine.*

La femme est aussitôt transportée à 4 h. 30 matin. Dilatation, 5 francs. Membranes rompues.

La femme qui a perdu connaissance reprend ses sens.

5 heures du matin. Seconde crise convulsive qui dure 40 minutes. T. 38. P. 111.

Inhalation de chloroforme ; lait additionné de chloral à 6 heures puis à 7 h. 20.

A 9 h. 25 l'administration du chloroforme ayant été un peu suspendue la femme est prise d'un troisième accès, qui dure 30 minutes. Pouls. 120.

11 heures. Dilatation comme une petite paume. Pouls, 102. Le chloroforme est administré à de petites doses d'une façon

continue. On fait préparer ce qui est nécessaire pour terminer rapidement l'accouchement (forceps).

1 heure de l'après-midi. Dilatation complète, on fait aussitôt une application de forceps et on extrait une fille vivante pesant 3.100 grammes.

Délivrance par expression française presque aussitôt après l'accouchement.

Le placenta pèse 510 grammes. Infarctus blancs. Injection intra-utérine.

L'albumine disparaît trois jours après l'accouchement.

La mère et l'enfant quittent le service en bon état.

C. Observations de femmes ayant présenté des accès éclamptiques APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Nos observations se rapportent à des femmes qui, étant albuminuriques ne furent pas traitées ou le furent insuffisamment chez elles ; (XIX et XX) ou à des femmes chez lesquelles l'albumine n'apparut qu'après le premier accès. (XXIII, XXIV).

Observation XIX

759 (1903). — *Albumine au cours de la grossesse, insuffisamment soignée. Accès éclamptiques après expulsion d'un fœtus macéré. Accès éclamptiques au premier accouchement.*

P. D., 35 ans. IVpare. Vient consulter à la clinique Baudelocque le 3 avril et est admise au dortoir en raison de *l'albu-*

minurie qu'elle présente. Lors de son premier accouchement (25 novembre 1893) elle a expulsé un fœtus macéré, après avoir présenter de l'albuminurie et des accès éclamptiques.

D. R., 20-25 septembre 1902. H. U., 27 centimètres.

Cette femme se fatiguait beaucoup chez elle et en plus de l'albuminurie, elle présente à l'examen les manifestations suivantes : céphalie, troubles de la vue, étourdissements, douleur épigastrique, vomissements, œdème léger aux membres inférieurs, plus accusé à l'abdomen et surtout dans la région sus-pubienne. Elle a également perdu un peu de sang en décembre dernier.

Chez elle, elle suivait un *régime lacté très mitigé*.

Au dortoir elle est même au régime lacté absolu. (3 avril).

Le 4 avril, albumine, 3 grammes : Urine, 1 litre.

Purgatif, céphalée accusée.

Le soir lavement purgatif. Le lait n'est pas supporté et la femme est mise à la *diète hydrique*.

A partir du 5 avril, le taux de l'albumine se maintient de 2 grammes à 2 gr. 50 et la quantité d'urine est d'environ deux litres. De temps en temps on administre à la femme un purgatif.

Cette femme *sort sur sa demande du dortoir* le 18 avril en promettant de suivre le régime lacté absolu.

Le 5 mai à 8 heures du matin, cette femme revient à la clinique. Elle ressent quelques petites douleurs lombaires, mais n'accuse pas de céphalée, ni de troubles nsuels. Depuis 8 jours environ elle ne sent plus remuer. Depuis son départ du dortoir elle a suivi le régime lacté, mais a pris *d'autre nouriture ;* potages, tapioca, etc. Les *urines* examinées *se prennent en masse :* 7 grammes.

H. U. 32 centimètres. Il y a exagération du liquide ammotique, auscultation nulle.

Col long, perméable jusqu'à l'orifice interne.

On met immédiatement cette femme dans une pièce isolée et chauffée.

On la couvre de flanelle ; on lui administre un lavement purgatif et une potion avec 4 grammes de chloral.

6 mai à 4 heures du matin. Brusquement elle perd un flot de sang ; dilatation de 2 francs, membranes intactes. Après une injection à 50° l'écoulement sanguin s'arrête.

A 1 heure du soir, début des contractions utérines.

A 8 heures, malgré la régularité des contractions, la dilatation reste stationnaire à 2 francs. On pratique alors la rupture artificielle des membranes, la tête s'engage. La femme ne présente aucun phénomène pouvant faire prévoir l'accès éclamptique.

A 5 h. 15, elle *expulse spontanément* en bloc fœtus et placenta. Injection utérine pendant laquelle la femme dit ne plus voir clair. De plus, elle accuse une céphalée qu'elle n'avait pas ressentie jusqu'alors,

A 5 h. 45 : *premier accès d'éclampsie*. Chloroforme.

A 5 h. 55, deuxième accès. Cyanose. La respiration se rétablit peu à peu ; le pouls qui était à 144 redevient normal.

7 mai, à 1 heure du matin. La malade sommeille un peu ; céphalée intense ; yeux hagards ; elle s'assied sur son lit et il est assez difficile de la maintenir couchée. le calme renaît ; elle sommeille de nouveau. Elle urine seule.

A 6 heures. Nouveaux phénomènes bizarres. Cyanose.

A 7 h. 30, même état et même accès éclamptique.

Chloroforme. Oxygène. P. 128 ; T. 375.

Lavement purgatif à 11 h. du matin.

8 mai. 2 grammes d'albumine. Purgatif : eau-de-vie allemande Eau. Lait.

11 mai. 0 gr. 50 d'albumine. Lait.

19 mai. Traces d'albumine. Potages.

14 mai. Trace insignifiantes.

La femme quitte le service en bon état.

Observation XX

1472 (1901). *Albuminurie insuffisamment traitée. Accouchement spontané. Un accès d'éclampsie après l'accouchement.*

P. B..., Ipare, 26 ans.

Entre à la clinique le 24 août à heures du matin.

A marché à 1 an.

Réglée à 13 ans et demi.

Chloroanémie de 15 à 18 ans.

D. R. 18-22 novembre. H. U. 29 centimètres.

La grossesse a évolué normalement jusqu'au commencement du mois d'août. On constate alors de l'*albumine* dans les urines et on soumet la femme au *régime lacté chez elle.*

Le 23 août à 8 heures du soir, rupture des membranes.

Le 24 août, elle vient à Baudelocque.

A l'entrée on constate une O. I. D. T. Auscultation bonne. dilatation de 2 francs.

Dilatation complète le 24 août à 4 heures du soir.

Pendant la période d'expulsion, la femme est extrêmement agitée, à 4 h. 30 du soir, elle expulse une *fille mort-née* pesant 1970 grammes. Délivrance spontanée, 5 minutes après l'accouchement.

Placenta de 330 grammes avec de nombreux infarctus.

Dix minutes après l'accouchement, la femme est prise d'un *accès d'éclampsie.*

P. 104. T. 38°4.

Vingt minutes après l'accès, elle se réveille.

On lui donne à boire du lait chloralé.

Les urines contenaient à l'entrée 9 grammes d'albumine. La quantité d'albumine diminue progressivement.

Suites de couches : 37°8 à 38°6, les deux premiers jours ; la femme quitte le service en bon état.

Observation XXI

838 (1899). — *Accès d'éclampsie après l'accouchement. Apparition de l'albumine après l'accès.*

C. M...., 34 ans, IIpare, entre le 1er mai.

Premier accouchement en août 1892, fille morte de convulsions trois jours après sa naissance.

Grossesse actuelle. D. R. 7-11 août. H. U. 28 centimètres.

Accouchement, 1er mai à 4 h. 20 du soir. Durée du travail, 6 h. 20. Délivrance naturelle.

Fille de 2040 grammes. Placenta 940 grammes.

Suites de couches normales.

Le 2 mai, vers 9 heures du soir, la femme est prise subitement d'un accès d'éclampsie suivi de 8 autres.

Traitement : lavement purgatif ; chloral, chloroforme, lait.

Albuminurie intense : 5 grammes.

Le 26 mai, plus d'albumine. La femme reprend le régime ordinaire.

Observation XXII

295 (1898) *Eclampsie post-partum. 10 attaques après accouchement. Jamais d'albumine dans les urines avant l'accouchement. Albumine après l'acccouchement. Mort.*

S..., Ipare ; 17 ans, teinturière ; *au dortoir* le 1er février. *Urines normales.*

D. R. 14-17 mai. H. V. 29 cm. Premières douleurs le 20 février 8 heures soir ; *accouchement spontané* 2 h. 10 matin. Sommet en G. A. fille de 2.980 grammes. Placenta 550 grammes.

Le 21 février *éclampsie* qui éclate sans prodromes 2 h. 30 minutes après accouchement.

Premier accès à 4 h. 40 matin. Chloral ; 0, 50 albumine. Deuxième accès 5 h. 30 ; troisième accès 8 h. 10. La malade refuse de boire du lait.

Le coma dure très peu de temps. La connaissance revient aussitôt, la malade dit ne pas souffrir. Elle dort 2 heures. A 1 h. 15 soir accès très court. T. 39° ; P. 120. Période d'agitation très forte de 20 minutes.

De 1 h. 50 à 8 h. 30, cinq accès.

Le 22 février à 2 h. matin, cathétérisme. 0, 50 albumine. Le soir à peines quelques traces.

T. 40 : P. 140. A minuit 200 grammes d'urine. Nuit assez calme, chloroforme à chaque menace, la malade boit peu et difficilement. A 5 heures 100 grammes d'urine. T. 39, P. 124 ; 6 grammes chloral, 1 litre lait dans la nuit. Purgatif le matin.

Le 22. entre 5 heures et 9 heures matin, émission d'une petite quantité d'urine, journée assez calme. A 5 heures cathétérisme.

Le 23, la malade dort toujours ; elle ne boit qu'un peu d'eau. A midi lavement de lactose ; à 5 heures cathétérisme, 60 grammes d'urine ; albumine : 1 gramme. Le soir à 8 heures lavement de lactose, la malade est toujours dans le coma. Respiration fréquente, irrégulière. Mort le 22 février, à 1 heure du matin.

Observation XXIII

1611 (1900) *Pas d'albumine avant l'accouchement. Rupture précoce des membranes. Accès éclamptiques après l'accouchement. Apparition de l'albumine après l'accouchement.*

L. A..., Ipare, 18 ans, bijoutière, entre à la clinique le 28 août, à 9 heures matin.

Réglée à 12 ans et demi. Chorée vers 12 ans (?)

D. R. ? H. U. 29 centimètres. *Pas d'albumine.*

Début du travail, 27 août à midi. A l'entrée : Sommet en G. A.-Femme un peu obnubilée. Tête engagée, dos à gauche.

Dilatation : 1 franc. Membranes rompues.

Liquide verdâtre. A 3 h. 50 dilatation complète.

Bruits du cœur normaux. A 5 h. 12 *troubles de la vue*, pas de céphalée. M. Paquy conseille un nouvel examen des urines, mais la tête très engagée s'oppose au passage de la sonde. A 6 h. 10 soir expulsion d'un garcon pesant 2.470 grammes. A 6 h. 45 la femme est prise d'un accès d'éclampsie. Chloral en lavement. La femme retrouve complètement ses sens ; elle dit qu'elle n'a pas mal à la tête. A 7 h. 5 deuxième accès. Chloroforme.

Toute la nuit la femme dort. L'*albumine constatée* dans les

urines après l'accouchement se réduit le 29 août à des traces. Le 30 la femme mange.

Suites de couches normales. La mère et l'enfant quittent le service en bon état.

Observation XXIV

95 (1902). — *Albuminurie intense. Accouchement spontané Deux accès éclamptiques après l'accouchement.*

D. I..., 19 ans, domestique. Ipare.

Entre au dortoir de la clinique le 2 janvier. D. R., 5-10 avril. H. U., 36 centimètres.

A l'arrivée, léger œdème des membres inférieurs avec bour-soufflure de la face.

Présentation du sommet amorcée en D. T.

La dose d'albumine est de 4 grammes.

Régime lacté absolu. Purgatif.

Le 4 janvier, la quantité d'albumine n'est plus que de 1 gr. 50.

La femme reste seize jours au dortoir : pendant ce temps, la dose d'albumine varie de 1 gr. 25 à 7 grammes, la quantité d'urine étant de 1.500 à 2.000 grammes.

Le 18 janvier, à 7 heures du soir, la femme est amenée à la salle de travail. Sommet en D. P. Bruits du cœur, bons ; membranes intactes. Col perméable.

A minuit 25, rupture spontanée des membranes.

A 2 heures 45, dilatation complète.

A 3 heures 55, expulsion d'une fille vivante du poids de 3.230 grammes.

Une demi-heure après, délivrance naturelle. Le placenta, du poids de 530 grammes, présente de nombreux infarctus blancs.

P. 100 ; T. 36°8.

A 6 heures du matin, la femme a des nausées, de la céphala-

lée ; le pouls est bien frappé, mais varie entre 86 et 116. Léger écoulement sanguin. L'utérus a tendance à se relâcher.

Etant donné la quantité d'albumine, on surveille la femme en prévision d'un accès éclamptique.

A 7 heures 20 du matin, premier accès, précédé d'une respiration fréquente et stertoreuse. Agitatien extrême. Il dure environ 30 secondes. On donne du chloral.

Etat comateux pendant une demi-heure.

La femme se réveille ensuite, reconnaît l'entourage et se sent mieux.

A 8 heures 30, nouveaux phénomènes éclamptiques.

P. 140 ; R. 18.

Midi 35, deuxième accès, plus court que le premier. Chloroforme ; lavement purgatif ; une cuillerée de chloral toutes les deux heures.

Suites de couches apyrétiques.

La mère et l'enfant quittent le service en bon état.

CONCLUSIONS

De l'étude des documents statistiques de la clinique Baudelocque, relevés par nous du 1er janvier 1890 au 31 décembre 1904, on peut tirer les conclusions suivantes :

I. Les accès convulsifs dits éclamptiques sont observés *moins fréquemment* aujourd'hui qu'autrefois ; cela tient à ce que le traitement prophylactique est actuellement vulgarisé, particulièrement par les consultations de femmes enceintes.

La moyenne observée à la clinique Baudelocque est de 1 éclamptique sur 294 femmes en état de puerpéralité.

II. Les accès convulsifs dits éclamptiques surviennent toujours comme *manifestation de l'auto-intoxication gravidique* ; ils accompagnent presque toujours l'albuminurie ; exceptionnellement, les accès surviennent en dehors de toute albuminurie.

III. Au cours de la puerpéralité, les accès convulsifs dits éclamptiques s'observent par ordre de fréquence : *pendant la grossesse*, *pendant le travail*, *pendant les suites de couches*.

IV. Les accès éclamptiques qui surviennent pendant la grossesse sont observés avec d'autant plus de fréquence que la grossesse est *près du terme*.

V. Les *primipares* sont plus exposées que les multipares et cela dans la proportion 2 : 1.

VI. On observe toujours une *hypertension* artérielle très marquée chez les femmes en état d'auto-intoxication gravdiique et spécialement chez celles qui présentent des accès dits éclamptiques.

VII. Le *traitement prophylactique* est tout puissant à la condition qu'il ait pu être appliqué dans les bonnes conditions et surtout pendant un temps suffisant. Ce traitement consiste à traiter l'auto-intoxication gravidique, dont les accès éclamptiques ne sont qu'une manifestation : il pourra se résumer dans la suppression aussi complète que possible de toutes les causes d'intoxication dues à l'alimentation (cela par le régime lacté ou la diète hydrique) et dans l'évacuation des toxines existant dans l'organisme (lavements purgatifs, entéroclyse, boissons abondantes, etc.)

VIII. Le *traitement* des accès dits éclamptiques employé à la clinique Baudelocque est *essentiellement médical* ; l'administration du *chloral* à hautes doses y est considéré comme l'indication thérapeutique principale.

Le *chloroforme* trouve son emploi dans les cas où l'accès convulsif est en pleine évolution et son administration, qui peut d'ailleurs être continuée avec certaines précautions pendant de nombreuses heures, n'a pour but que de laisser au chloral le temps d'agir.

Les *injections de sérum artificiel* doivent être considérées comme dangereuses par l'augmentation de tension sanguine qu'elles déterminent.

La *saignée* doit être employée avec prudence; l'abais-

sement de tension sanguine qui en est le résultat n'est que temporaire et est bientôt suivi d'une hypertension marquée.

IX. Le *traitement obstétrical* doit jouer un rôle secondaire dans la thérapeutique des accès éclamptiques. Lorsque l'accès éclate pendant la grossesse, le travail ne tarde généralement pas à commencer et toute intervention pour interrompre la grossesse est le plus souvent inutile.

Lorsque les accès éclamptiques surviennent pendant le travail, les interventions ayant pour but d'accélérer la marche de celui-ci sont inutiles, le travail se faisant en général très vite ; bien plus, elles sont dangereuses en soumettant la femme à une série de manœuvres qui sont toujours des causes d'excitation pour le système nerveux.

Le traitement obstétrical ne trouve guère d'indication que pour abréger la durée d'une période d'expulsion qui tend à se prolonger ; l'intervention (forceps ou extraction du siège) est alors très facile et rapide dans les cas habituels ; l'excitation du système nerveux déterminée par elle est alors minime.

X. La *mortalité* des Eclamptiques atteint le chiffre de 19.2 p. 100 ; les primipares ont une mortalité environ deux fois plus élevée que les multipares ; c'est lors des accès survenus au cours de la grossesse que la mortalité atteint son maximum.

XI. Les *fœtus morts-nés* sont dans une proportion d'environ un tiers dans l'ensemble des produits de conception expulsés par les femmes atteintes d'accès dits éclamptiques.

C'est pendant la grossesse que se produit le plus souvent la mort du fœtus.

XII. *Il est nécessaire d'examiner méthodiquement les urines de toute femme enceinte afin de faire le diagnostic précoce de l'auto-intoxication gravidique.* Cet examen sera fait tous les mois au début de la grossesse ; puis tous les quinze jours dans les septième et huitième mois ; enfin tous les huit jours dans le dernier mois.

Chez toute femme reconnue albuminurique, on instituera le traitement de l'auto-intoxication gravidique, prophylactique des accès dits éclamptiques.

Vu : Le Président de la Thèse,
PINARD

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académe de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Auvard. — Traitement de l'éclampsie, 1888.

M. Bernheim. — Traitement de l'éclampsie puerpérale, en particulier par les injections sous-cutanées d'eau salée. *Thèse* Paris 1893.

Bouffe de Saint-Blaise. — Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerpuérale. *Thèse* Paris 1890.

— Les auto-intoxications de la grossesse. Paris 1899.

Baley. — Les symptômes-prodrômes de l'éclampsie. Traitement par le régime lacté. *Thèse* Paris 1893.

Bottiau. — Accouchement provoqué méthodiquement rapide. *Thèse* Paris.

A. Casamayor. — Contribution à l'étude de l'éclampsie d'après une statistique de 1872 à 1892. *Thèse* Paris 1892.

Charpentier. — Traitement de l'éclampsie. In *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 1893, nos 2, 3, 5.

Coudray. — Des indications de l'interruption de la grossesse chez les femmes enceintes albuminuriques. *Thèse* Paris 1889.

Congrès de Genève. — Traitement de l'éclampsie (Divers).

Congrès de Nantes 1901. — Traitement de l'éclampsie (Divers).

Delestre. — L'albuminurie gravidique. *Revue d'obstétrique et de pœdiatrie*, 1904.

Danger. — Traitement obstétrical de l'éclampsie. *Thèse* Montpellier.

Dubost. — Contribution à l'étude du traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpuérales. *Thèse* Paris 1901.

Duhrssen. — Ueber die Behandlung der Eklampsie ante et intra-partum. *Gesellsch f. Gynœkologie* Jan. 1892.

Duchemin. — Quelques cas d'éclampsie puerpérale sans albuminurie prémonitoire. *Thèse* Paris 1893.

De Felice. — Contribution à l'étude de l'accouchement rapide dans l'éclampsie. *Thèse* Paris 1901.

Fouqueau. — Quelques considérations sur les accès d'éclampsie, principalement sur leur diagnostic et leur traitement. *Thèse* Paris 1897.

Germont. — Contribution à l'Etude de l'Auto-Intoxication gravidique, d'après une statistique prise à la Clinique Baudelocque de la fondation au 1er janvier 1893. *Thèse*, Paris, 1893.

Hélouin. — Contribution à l'Etude du diagnostic de l'Hépato-toxémie gravidique. *Thèse*, Paris, 1898.

Lepage et Mouchotte. Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque, Clinique de la Faculté, dirigée par le Professeur Pinard. Années 1890 à 1902.

Maury. — Le Traitement de l'Eclampsie puerpérale. *Thèse*, Paris, 1902.

Michel. — Est-il utile de provoquer l'accouchement chez une femme ayant des accès d'Eclampsie. *Thèse*, Paris, 1896.

A. Moreau. — Etude du Traitement de l'Eclampsie. *Thèse*, Paris, 1890.

Mignolet. — Causes de la mort de l'enfant dans l'Eclampsie puerpérale. *Thèse*, Bordeaux, 1894.

Olive. — De l'Indicanurie en général et particulièrement dans la grossesse et la puerpéralité. *Thèse*, Paris, 1899.

Paris. — Contribution à l'Etude du Traitement des accès d'Eclampsie. *Thèse*, Paris, 1900.

Pinard. — Leçon clinique de Réouverture, novembre 1900, in *Annales de Gynécologie*, 1900.

— Leçons cliniques inédites : « Les Dermatoses de la gros-

sesse (février 1905) et « Sur un cas d'accès Eclamptiques » (mars 1905), *recueillies par P. Reinburg.*

— Observations et documents de la Clinique Baudelocque, 1890 à 1905.

Queirel et Reynaud. — Etude de la Tension artérielle, communication au 13e Congrès des Sciences médicales de Paris, in *Annales de Gynécologie*, 1900, p. 64.

Ricordeau. — Contribution à l'Etude des Délires septiques. *Thèse*, Paris, 1895.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'Obstétrique, Paris.

[illegible] Robin. — Traité de Thérapeutique. Paris.

[illegible]. — Contribution à l'Etude du Traitement obstétrical de l'Eclampsie puerpérale. *Thèse*, Paris. 1899.

[illegible]. — Rapports de l'Eclampsie et de la Cholémie familiale. *Thèse*, Paris.

Tarnier. — De l'Efficacité du régime lacté dans l'albuminurie des femmes enceintes et de son indication comme Traitement préventif de l'Eclampsie, in *Progrès Médical*, 1875.

Theuveny. — Diagnostic clinique des accès d'Eclampsie. *Thèse*, Paris, 1903.

Varnier. — Albuminurie et Eclampsie (*Annales d'Obstétrique et de Pœdiatrie*, 1888).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-propos 3
Introduction 5

CHAPITRE PREMIER

De la nature des accès dits éclamptiques 9

CHAPITRE II

Etude sommaire et statistique générale de l'éclampsie.
Statistiques nouvelles 18
Définition 18
Fréquence 18
Début 22
Etude clinique de l'accès 25
Mortalité maternelle 28
Mortalité fœtale 32

CHAPITRE III

Traitement des accès éclamptiques 36
A. Traitement prophylactique 36
B. Traitement médical 41
I. Traitement des accès survenant au cours de la grossesse ou du travail 41
a) Traitement des prodrômes ou de l'accès déclaré 41
b) Traitement après l'accès 49

II. Traitement des accès survenant après l'accouchement 50
III. Résultats statistiques 51
C. Traitement obstétrical 54
I. Traitement des accès survenant au cours de la grossesse 56
II. Traitement des accès survenant au cours du travail 57
III. Résultats statistiques 60
D. Comparaison statistique des deux traitements 62

CHAPITRE IV

Résumé de la statistique de la clinique Baudelocque (1er janvier 1890-31 décembre 1904) 64

CHAPITRE V

Observations 67
A. Accès survenus pendant la grossesse 67
B. Accès survenus pendant le travail 79
C. Accès survenus après l'accouchement 90
Conclusions 99
Bibliographie 103
Table des matières 107

BUZANÇAIS (INDRE). — IMP. F. DEVERDUN.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE